امراض چشم

جلد اوّل

[illegible]

سلسلۂ نصابِ تعلیم جامعۂ عثمانیہ

امراضِ چشم

مصنفہ

چارلس ایچ مے ایم ڈی و کلاڈ ورتھ ایف آر سی ایس (انگلینڈ)

مترجمہ

ڈاکٹر خورشید حسین صاحب ایم بی سی ایچ بی (ایڈنبرا)

جلد اوّل

بہ نظرِ ثانی و ترمیم مطابق طبع ہفتم ۱۹۳۴ء

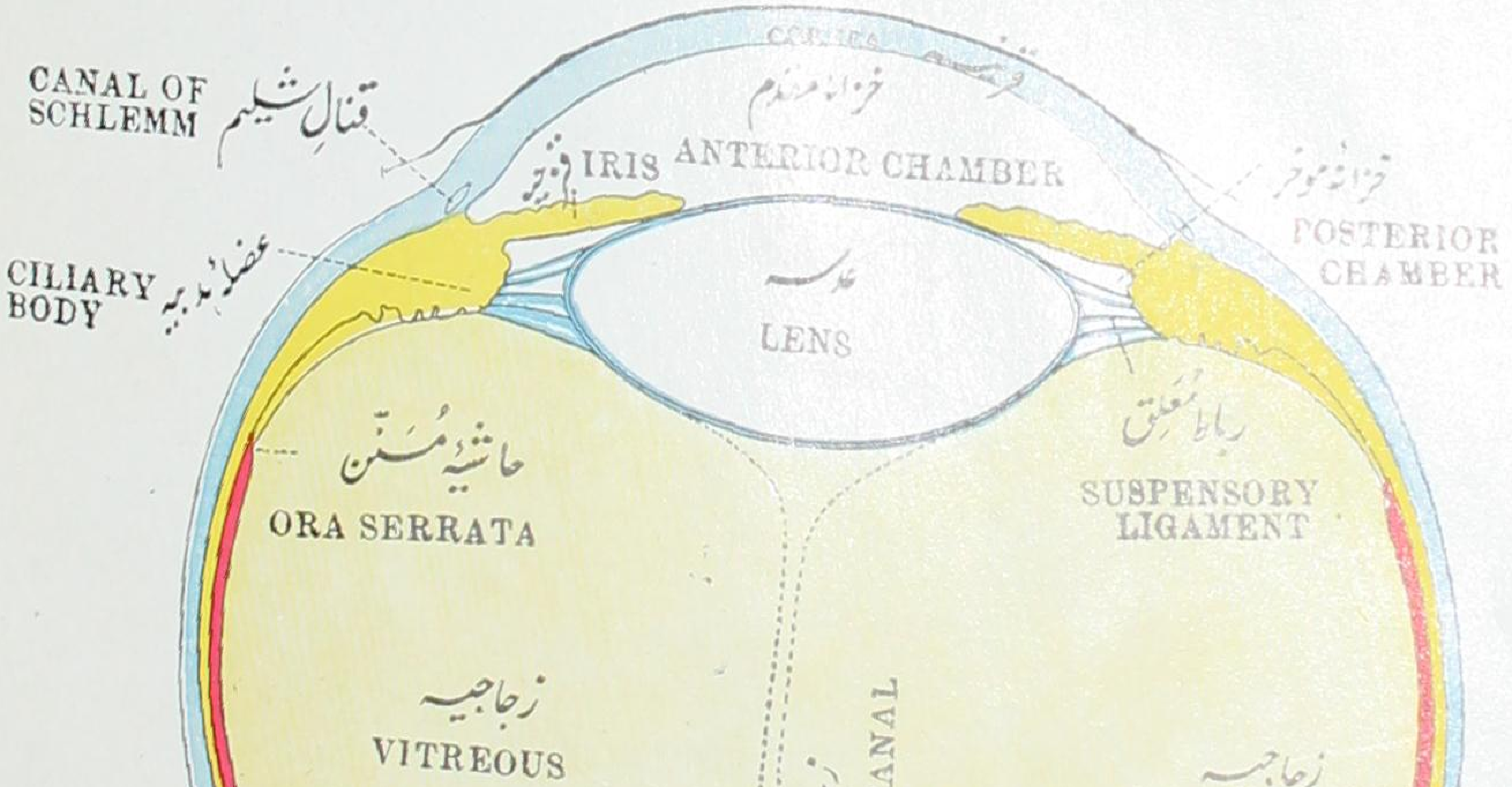
ڈاکٹر محمد عثمان خاں صاحب ایل ایم اینڈ ایس (بمبئی) رکن سررشتۂ تالیف و ترجمہ

سنہ ۱۳۵۹ھ سنہ ۱۳۵۰ف سنہ ۱۹۴۰ء

دار الطبع جامعۂ عثمانیہ سرکارِ عالی حیدرآباد دکن

یہ کتاب بلیک ٹینڈ ال و کاکس (لندن) کی اجازت سے
جن کو حق اشاعت حاصل ہے اُردو میں ترجمہ کر کے
طبع و شائع کی گئی ہے۔

فہرست مضامین



شکل ۱ — کرۂ چشم کی افقی تراش (تقریباً ساڑھے تین گنا تکبیر یافتہ)

مقابل سرورق

هُوالشافی

بسم اللہ الرحمٰن الرحیم

DISEASES OF THE EYE

امراضِ چشم

باب اوّل

امتحانِ چشم

عینیات (Ophthalmology) عمومی طب اور جراحی کی ایک شاخ ہے، جسے اُن سے عملاً پورے طور پر علٰحدہ نہیں کیا جاسکتا۔ اِسی وجہ سے تمام سند عطا کرنے والے اربابِ فن نے یہ عاقلانہ فیصلہ کیا ہے کہ جِس شخص کو عینیات میں مَطب اور معالجہ کرنا ہے، اُسے پہلے عام امراض کے مطب اور معالجہ (general practice) کے لئے سند حاصل کرنا ضروری ہے۔ ماہرِ عینیات (ophthalmologist) کو چاہیئے کہ وہ اپنے عام معلومات کو تازہ رکھے اور علم طب اور جراحی کی جدید ترقیات کے

متعلق کم از کم موٹی موٹی باتوں سے تو واقف رہے۔

آنکھ کے امتحان کے صرف یہی معنے نہیں کہ ایک علیحدہ عضو کی تفتیش کر لی جائے، بلکہ یہ مطلب ہے کہ اس عضو اور اس کے افعال کا خاص لحاظ رکھتے ہوئے مریض کا امتحان کیا جائے۔

ہر مریض کی تحقیق مکمل طور پر، اور ایک مُعیّن دستور العمل کے مطابق کرنی چاہیئے، ورنہ اس امر کا اندیشہ ہے کہ مبادا کسی صریح علامت پر توجہ مرکوز ہو جائے، اور کوئی دوسری چیز، جو شائد زیادہ اہم ہے، نظر انداز ہو جائے۔ مبتدی کو تمام تحقیق طلب امور کی ایک فہرست مُرتّب کر لینی چاہیئے، اور مریض کا امتحان کرتے وقت ہر ایک امر کا سلسلہ وار لحاظ کرنا چاہیئے۔ البتہ جو امور اُس اصابہ سے صریحاً غیر متعلق ہوں اُن کو چھوڑ کر اُن امور کی تحقیق کرنا لازم ہے جو اُس سے متعلق ہوں۔ بڑھتے ہوئے تجربہ کے ساتھ اُسے شعوری طور پر اس فہرست کے مطابق چلنے کی ضرورت نہ رہے گی، بلکہ رفتہ رفتہ باقاعدہ تحقیقات کی عادت ہو جائے گی۔

آنکھ کا امتحان شروع کرنے سے پہلے طبیب کے لئے بہتر ہے کہ مریض اپنے علامات اور سرگذشتِ مرض کے متعلق جو کچھ کہنا چاہتا ہے، اُسے سُن لے۔ مریض کے بیان کے اہم حصّوں کی یادداشت لیتے وقت خود مریض کا مطالعہ بھی کر لینا چاہیئے۔

امتحانِ چشم کو معروضی (Objective) اور موضوعی (Subjective) یا وظیفی (Functional) میں تقسیم کیا جا سکتا ہے۔

معروضی امتحان (objective examination) میں مندرجہ ذیل امور شامل ہیں:-

2

ملحقات (appendages) اور کرۂ چشم (eyeball) کے سامنے کے حصوں کا امتحان بذریعہ معائنہ (inspection) اور جس (palpation)۔ امتحان کا یہ حصہ دن کی روشنی میں یا مصنوعی روشنی میں انجام دیا جاسکتا ہے۔

قرنیہ (cornea) اور اندرونِ کرۂ چشم کا امتحان مصنوعی روشنی کے ذریعہ تاریک حجرے (dark-room) میں، تنویرِ منحرف (oblique illumination)، تنویرِ عابر (transillumination) قرنیئی خردبین (corneal microscope)، منظار العین یا چشم بین (ophthalmoscope) وغیرہ کے ذریعہ سے۔

آنکھ کا بیرونی امتحان

معائنہ

(INSPECTION)

مریض کو کھڑکی یا مصنوعی تنویر کے کسی مناسب منبع کے طرف رُخ کئے ہوئے بٹھایا جائے۔ ایک عام معائنہ سے کوئی صریح علامات جو موجود ہوں، ظاہر ہوجائیں گی، مثلاً امتلاء (congestion)، صبغوب یعنے اخراج (discharge)، تدمّع (lacrymation)، نورترسی (photophobia)، آنکھوں کا غیر معمولی بروز یا اُبھار، صریح حَوَل (squint)، وغیرہ۔

آنکھوں کے سطحی حصّوں کا معائنہ کرتے ہوئے اُن کے گہرے حصّوں تک پہنچنے کے لئے، ہم پپوٹوں (اجفان = lids) سے ابتدا کرتے ہیں، اُن کی دبازت، رنگ اور وضع، اُن کے حاشیوں کی حالت

[آیا وہ متورّم ہیں یا پپڑی دار، یا متقرّح (ulcerated)]، اُن کے کھلنے اور بند ہونے کی قوّت، فتحہ جفنی (palpebral aperture) کی وسعت، اور نقاطِ دمعیہ (lacrymal puncta) کا محلّ وقوع اور نفوذ پذیری (permeability) - اِن سب امور کو غور سے دیکھتے ہیں۔

پھر ہم تاچۂ دمعی (tear-sac) کے خطّہ پر پہنچکر دیکھتے ہیں کہ آیا یہ متورّم ہے اور اِس کو انگشتِ شہادت کی نوک سے دبانے سے کوئی افراز تو نہیں خارج ہوتا؟ ازاں بعد ہم اھداب (cilia) کی حالت اور اُن کے رُخ کو دیکھتے اور غور کرتے ہیں کہ کہیں اُن کا رُخ تو نہیں بدلا ہوا ہے۔

اِس کے بعد ہم پپوٹوں کی اندرونی یعنی ملتحمی سطحیں (conjunctival surfaces) دیکھتے ہیں، اور اِس جھلّی کے چکنے پن، دبازت، اور افراز (secretion) میں اگر کوئی تغیّرات ہیں تو اُن پر غور کرتے ہیں، نیز اجسامِ غریبہ (foreign bodies) کو تلاش کرتے ہیں۔

نیچے کے پپوٹے کے ملتحمہ کو ظاہر کرنا آسان ہے، انگوٹھے کو پپوٹے کے حاشیہ کے پاس رکھکر نیچے کی طرف دبایا جائے اور مریض اِس اثناء میں اوپر دیکھتا رہے (شکل ۲)۔

اوپر کے پپوٹے کو اُلٹانے کے لئے قدرے مشق کی ضرورت ہے: دائیں ہاتھ کے انگوٹھے اور انگشتِ شہادت کے درمیان مرکزی اھداب کو گرفت میں لیکر پپوٹے کو آنکھ کے ڈھیلے سے ہٹاتے ہوئے زور سے نیچے کی طرف کھینچو۔ اِس اثناء میں مریض کو نیچے کی طرف دیکھتے رہنے کی ہدایت کرو (شکل ۳)۔ ازاں بعد بائیں انگوٹھے کو [یا ایک مسبار (probe)

یعنے سلائی کو اُفقی رُخ میں پکڑ کر] غضروف الجفن (tarsus) کے بالائی حاشیہ پر رکھو اور نیچے کی طرف دباؤ اور ساتھ ہی ساتھ پپوٹے کو بہ سرعت اوپر کی طرف اُلٹ دو۔ پپوٹے کو اِس طرح پلٹا ہوا قائم رکھنے کے لئے اسی بائیں انگوٹھے کو اپنے مقام سے آہستہ سے ہٹا کر پلٹے ہوئے حاشیہ کو دباؤ اور بائیں ہاتھ کی باقی انگلیوں کو مریض کی پیشانی پر رکھو (شکل ۴)۔

مذکورۂ بالا عمل سے پپوٹے کے ملتحمہ کا غضروفی حصّہ ظاہر ہو جاتا ہے۔ اب اگر ہمیں اِس کے بعد کے حصّہ، یعنے پپوٹے کے ملتحمہ کے پس غضروفی دھراؤ (retrotarsal fold) کے معائنہ کی خواہش ہے [اور یہ حتّٰی یعنے روہوں (trachoma) کے امتحان میں اہم ہے]، تو حسب ذیل عمل جاری رکھنا چاہیئے: اُلٹائے ہوئے بالائی پپوٹے کے کنارے کو فوق المحجری حاشیہ (supra-orbital margin) پر بائیں ہاتھ کے انگوٹھے سے زور سے دبائیں۔ پھر دائیں انگشتِ شہادت سے نیچے کے پپوٹے کو قرنیہ کے اوپر لے جائیں، اور ساتھ ہی مُقلہ یعنے کُرّۂ چشم کو آہستہ سے پیچھے کی طرف دبائے رہیں (شکل ۵)۔

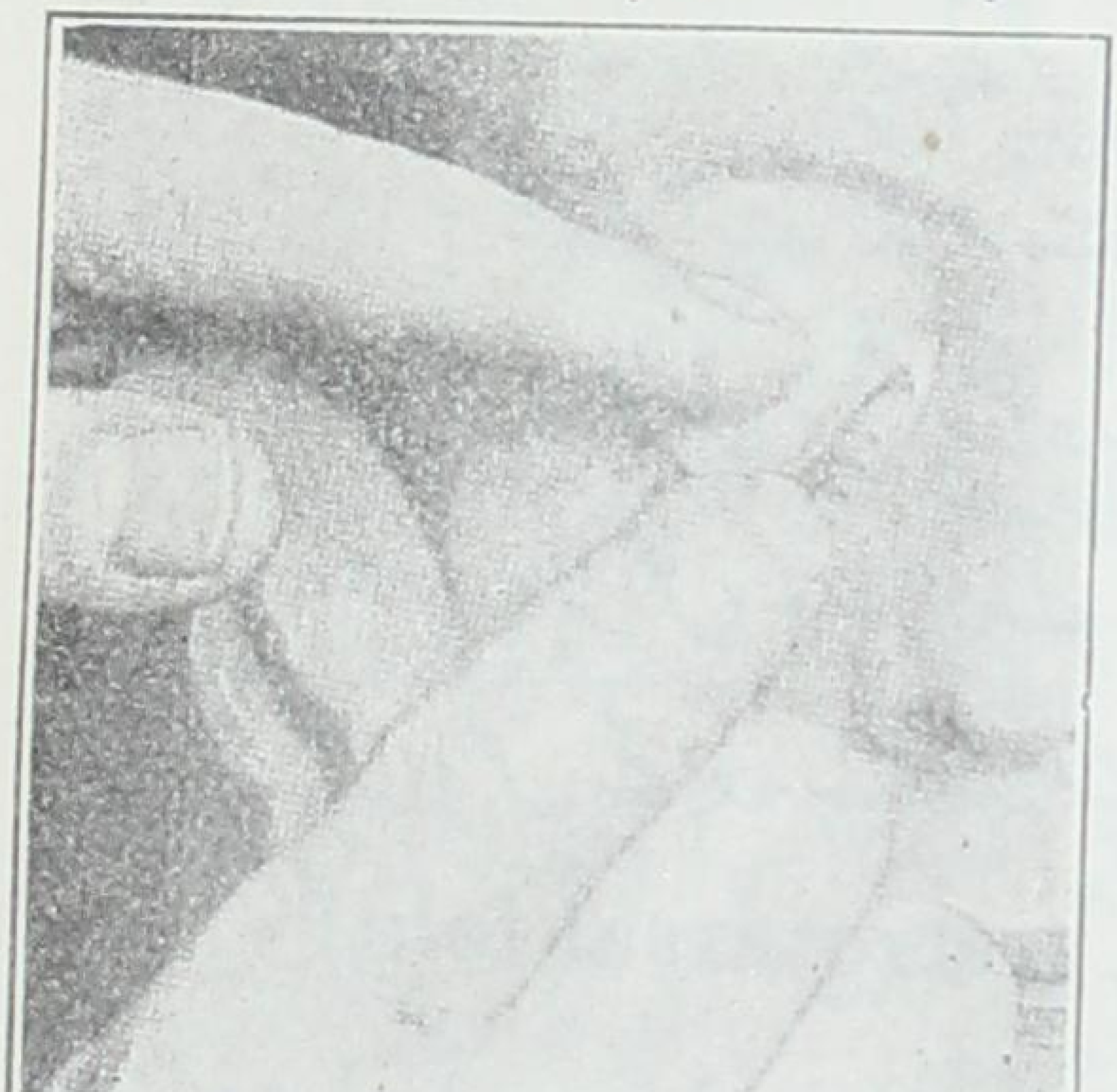
4

اوپر کے پپوٹے کو اُلٹانے کے لئے ایک اور بہتر طریقہ ہے جو بآسانی سیکھا جا سکتا ہے۔ انگشتِ شہادت کے سرے کو اوپر کے پپوٹے کے حاشیہ سے ذرا اوپر رکھو۔ انگوٹھے کو نیچے کے پپوٹے کے حاشیہ سے ذرا نیچے رکھو۔ مریض کو نیچے دیکھنے کی ہدایت کرو۔ اوپر کے پپوٹے کو اوپر اور پیچھے کی طرف دھکیلو۔ ایسا کرنے سے اُس کا حاشیہ کُرّۂ چشم سے دور ہو کر سامنے کو ہٹ آئے گا۔ ازاں بعد انگوٹھے سے نیچے کے پپوٹے کو اوپر کے پپوٹے کے نیچے پھسلاؤ۔ اب اوپر کے پپوٹے کو اُنگلی اور انگوٹھے

کے درمیان پکڑ کر فوراً انگوٹھے اور انگلی کی ایک گونہ نیم تدویری حرکت (semi-rotary movement) سے پلٹا دو۔ یہ پورا عمل مسلسل ہے



شکل ۲۔ نیچے کے پپوٹے کی بروں گردانی یعنے الٹانے کی ترکیب۔



شکل ۳۔ اوپر کے پپوٹے کے الٹانے میں پہلا قدم۔



شکل ۴۔ اوپر کے پپوٹے کو بروں گردیدہ (الٹایا ہوا) رکھنے کی ترکیب۔



شکل ۵۔ اوپر کے پپوٹے کے طبقہ کے پس غضروفی دہراؤ کا انکشاف۔

اور بہ سُرعت آسانی کے ساتھ کیا جاتا ہے اور مریض کو بھی اس میں بہت کم زحمت ہوتی ہے۔ اِس میں صرف ایک ہی ہاتھ کی ضرورت ہوتی ہے، اور پلکوں کے بال اُکھڑنے کا اندیشہ بھی نہیں رہتا۔

اِس کے بعد ہم مُقلہ (کُرۂ چشم) کے معائنہ کے لئے آگے بڑھتے ہیں اور دیکھتے ہیں کہ وہ محجر (orbit)، یعنے خانۂ چشم میں اپنے طبعی مقام پر ہے یا آگے نکلا ہوا ہے (exophthalmos = جحوظ العین شکل ۱۰۱ صفحہ 89)، یا اندر گھس گیا ہے (enophthalmos = غُؤرُ العین)۔

استبصاری محوروں (visual axes) کے لحاظ سے کُرّاتِ چشم کی وضع کا سرسری اندازہ کرنا چاہیئے۔ ہم دیکھتے ہیں کہ آیا دونوں محور مشاہدہ کردہ شئے پر ملتے ہیں یا نہیں؟ اس کا اندازہ کرنے کے لئے مریض کی آنکھوں کے سامنے تقریباً ایک فٹ فاصلہ پر ایک اُنگلی رکھکر اُسے ہدایت کی جاتی ہے کہ اُس کی طرف نظر جما کر دیکھتا رہے۔ اب اگر محور منحرف ہیں تو ہم اِس امر کے متعلق تحقیقات کرتے ہیں کہ مریض کے کُرّہ چشم میں کسی سمت میں فقدانِ حرکت (paralysis = شلل) تو نہیں ہے یا عضلی توازن میں کوئی نقص خفی (heterophoria = وگرمحوری) یا صریح (squint or strabismus = حَوَل)، تو موجود نہیں ہے؟ (اِس کی توضیح ۲۶ - ۲۸ بابوں میں کیگئی ہے)۔

اب غور کرنا ہوگا کہ آیا بصلی مُلتحمہ (bulbar conjunctiva) میں کوئی اُذیما یا تہبج (chemosis) یا مقلہ (کُرۂ چشم) کے سامنے کے حِصّہ میں اِمتلاء (congestion) تو نہیں ہے؟ اگر مؤخرالذکر (یعنے امتلاء) موجود ہے تو احتیاط کے ساتھ امتحان کرنا چاہیئے، کیونکہ اِس اِشراب (injection) کی نوعیت مقامِ التہاب پر دلالت کرتی ہے (صفحات

102 اور 176)۔

اِس کے بعد قرنیہ (cornea) کا معائنہ کیا جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ اس سے التہاب (inflammation)، تقرّح (ulceration)، تکوّنِ عروق (vascularization)، عتمیّت (opacity)، یا اجسامِ غریبہ (foreign bodies) ظاہر ہوں۔ اب ہم ایک قوی محدّب عدسہ (convex lens) استعمال کر سکتے ہیں، جس کے ذریعہ کھڑکی سے آنے والی روشنی کو آنکھ پر مرتکز کرنے میں مدد ملے گی۔ لیکن اِس طریقہ کو (جسے تنویرِ منحرف : oblique illumination کہتے ہیں) حجرۂ تاریک میں مصنوعی روشنی کے ساتھ استعمال کرنے سے بہتر نتائج حاصل ہوتے ہیں، لہٰذا اس کا بیان باب ۳ میں درج کیا گیا ہے۔

کھڑکی کی سلاخوں سے حاصل شدہ قرنیتی معکوسہ (corneal reflex) سے ہمیں آنکھ کے اِس حصّہ کے اِنحنا (curvature) یعنے خمیدگی اور ملائمت (smoothness) یعنے ہمواری کا حال معلوم ہوگا۔ اِس مقصد کے لئے پلاسیڈو کا قرص (Placido's disc)، بھی استعمال کیا جا سکتا ہے، جو ایک چاند[1] (نشانہ) کی طرح، ۸ یا ۱۰ انچ قطر کا آلہ ہے۔ اِس میں متبادل سیاہ اور سپید دائرے، ایک مرکزی سوراخ، اور ایک دستہ ہوتا ہے۔ دائروں کے قرنیتی انعکاس کی یا کھڑکی کی سلاخوں کے قرنیتی معکوسہ کی کجی اور بدشکلی، اِنحنا میں تغیّر یا ناہمواری کی دلالت ہے۔ قرنیہ کی کسی خراشیدگی (abrasion) یا قرحہ (ulcer) کو اور زیادہ

---

[1] target.

صاف مشاہدہ میں لانے کے لئے، ہم دو فیصدی طاقت کے محلولِ فلورسین (fluorescein) کا ایک قطرہ آنکھ میں ٹپکا کر فاضل محلول کو پانی سے بہا سکتے ہیں۔ جہاں کہیں قرنیہ کا سرحلمہ غائب ہوگا وہاں اِس سے سبز رنگ کا دھبہ پیدا ہوجائے گا۔ یہ امتحان تاریک حجرے میں تنویرِ مورب (oblique illumination) اور قرنیتی مکبّر (corneal magnifier) کے ذریعہ سے بہترین طور پر کیا جاسکتا ہے۔ اگر ایک "ڈے لائٹ" برقی قمقمہ ("daylight" electric bulb) دستیاب ہو تو اُس کا استعمال ہلکے رنگ کی تلوین کو نمایاں کرنے کے لئے بہترین ثابت ہوگا۔



شکل ۶۔ قرصِ پلاسیڈو (Placido's disc)



شکل ۷۔ قرصِ پلاسیڈو کا قرنیتی انعکاس۔ ا۔ طبعی حالت۔ ب۔ قرنیہ کی کجی اور بدشکلی جو جسمِ غریب کی وجہ سے پیدا ہوگئی ہے۔

ہمیں قرنیہ کے سابقہ تقرح (ulceration) کے ثبوت اکثر عتمات (opacities) کی شکل میں ملتے ہیں۔ چنانچہ اگر قرنیہ کی کوئی عتمت بہت خفیف اور ابرنما (دھندلی سی) ہو تو اُس کو سحابیہ (nebula) کہتے ہیں۔ جب وہ نسبتاً زیادہ کثیف ہو تو اُس کو لطخہ (macula) کہتے ہیں۔ اور اگر بالکل غیر شفاف اور سفید ہو تو اُس کو بیاض القرنیہ یا

بیاضہ (leucoma) کے نام سے موسوم کرتے ہیں (اشکال ۱۴۴-۱۴۵-۱۴۶ صفحہ 161)-

قرنیہ کو کسی تاگہ یا نرم کاغذ کے ٹکڑے سے نہایت آہستہ سے چھوا جائے تو اُس کی حسّاسیت (sensitiveness) کا اندازہ کیا جاسکتا ہے، لیکن اس میں یہ احتیاط ضروری ہے کہ پپوٹوں یا پلکوں کو نہ چھوا جائے۔

جب خراش زیادہ ہوتی ہے تو اجفان کے تشنج (تشنج الاجفان: blepharo-spasm) کی وجہ سے امتحان ٹھیک طور پر نہیں کیا جاسکتا۔

6 ایسی صورتوں میں ہمیں کوکین کے دو فیصدی محلول (جو مائع پیرافین میں بنا ہوا ہو) (2 per cent cocaine solution in liquid paraffin) کے اقطار (instillation) یعنے ٹپکانے سے مقلہ کو منکشف کرنے میں مدد ملتی ہے۔

شیرخواروں یا نوعمر بچوں میں، جب ہم تشنج الاجفان، ورم یا التہاب (inflammation)، یا ضِد کی وجہ سے قرنیہ کا معائنہ معمولی طریقہ سے نہیں کرسکتے، بچّے کو نرس (مُمرضہ) کی گود میں چت آڑا لِٹا لیا جاتا ہے۔ اُس کے دونوں ہاتھ پکڑ لئے جاتے ہیں، اور اُس کا سَر ممتحن کے دونوں گھٹنوں کے درمیان تھام لیا جاتا ہے (شکل ۸)۔ ایسی حالت میں پلکوں کو اُلٹنے کے لئے عموماً یہ ترکیب کام میں لائی جاسکتی ہے کہ اُنھیں کناروں سے ذرا اوپر پکڑ کر کھینچ لیا جائے۔ کُرۂ چشم کا معائنہ کرنے کے لئے ہم پپوٹوں کو اِس طرح ہٹاتے ہیں کہ پہلے انگوٹھوں یا شہادت کی انگلیوں کو پپوٹوں کے کناروں پر رکھ کر، آخرالذکر کو کسی قدر اندر لپیٹتے ہوئے، اگر کُرۂ چشم کی سطح سے ملا ہوا رکھکر، کناروں کو ایک دوسرے سے

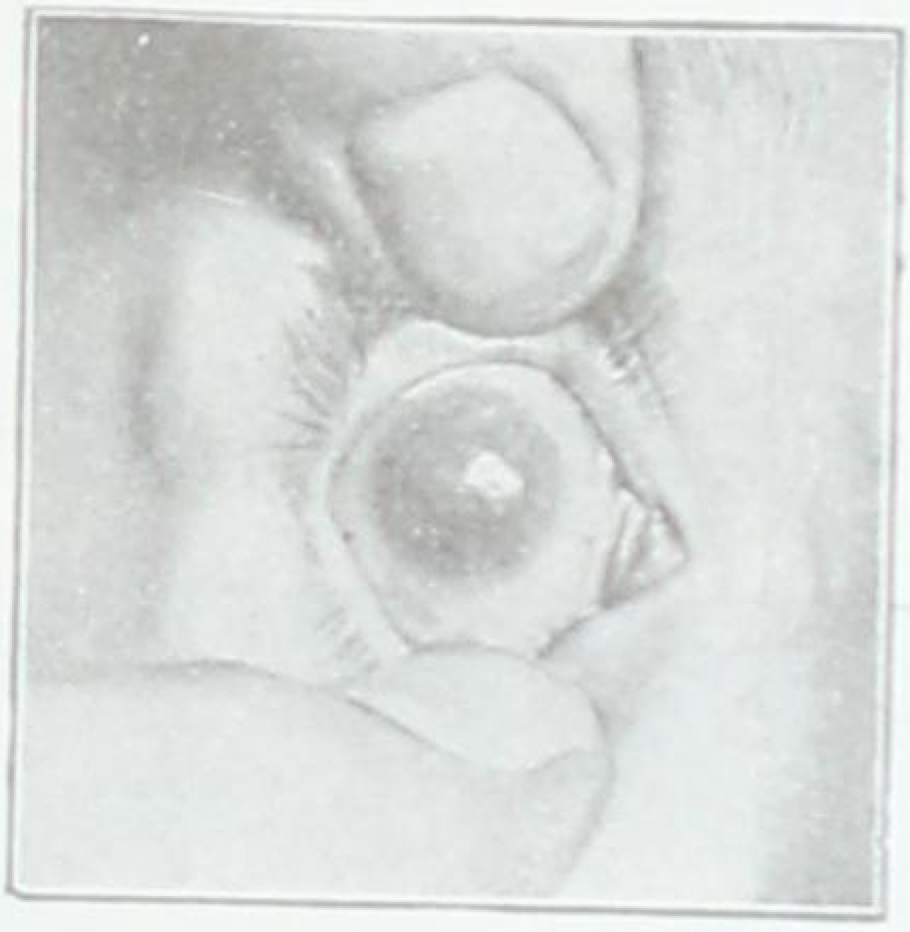
دُور کر دیتے ہیں (شکل ۹)۔ کرۂ چشم کو اِس طرح سے منکشف کرنیکے بعد ہم دائیں ہاتھ کے انگوٹھے کی جگہ بائیں ہاتھ کی انگشتِ شہادت رکھ سکتے ہیں تاکہ دایاں ہاتھ دوسرے کاموں کے لئے خالی رہے۔ اِس وقت آنکھ اکثر اوپر کی طرف پھری ہوئی پائی جائے گی اور اس لئے قرنیہ بھی ہماری



شکل ۸۔ چھوٹے بچّے کے امتحان کا طریقہ۔ بچّے کا سَر سرجن کے گھٹنوں کے درمیان ہے۔

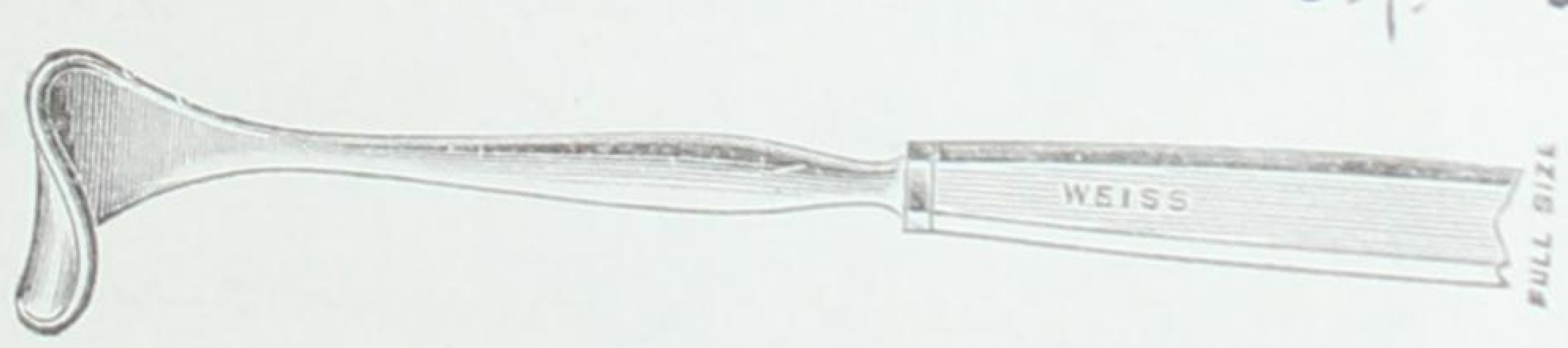
نظر سے پوشیدہ رہے گا۔ لیکن وہ ایک منٹ میں پھر جفنی شگاف (palpebral aperture) میں نظر آئے گا۔ اِس امر کی احتیاط رکھنی چاہیئے کہ قرنیہ کو رگڑ نہ لگے اور کوئی خراشیدگی (abrasion) نہ پیدا ہونے پائے۔ یہ بھی

خیال رہے کہ کُرۂ چشم پر کسی قسم کا دباؤ نہ پڑنے پائے، کیونکہ اگر قرنیہ تقرح کی وجہ سے کمزور ہو چکا ہے تو اِس صورت میں انثقاب (perforation) یعنے سوراخ ہو جانے کا خطرہ ہے۔



شکل ۹۔ کُرۂ چشم کو منکشف کرنے کا طریقہ۔

بعض اوقات آلاتِ بازکش (retractors) (شکل ۱۰) کے استعمال کی بھی ضرورت ہوتی ہے تاکہ ایسے موقعوں پر پلکوں کو (بہ آسانی) علٰحدہ کیا جا سکے۔ اِن آلات کی صورت میں بھی وہی احتیاط ضروری ہے تاکہ قرنیہ زخمی نہ ہونے پائے اور کُرۂ چشم پر دباؤ نہ پڑنے پائے۔ اگر یہ طریقۂ عمل غیر تشفی بخش ثابت ہو تو کسی عمومی مُعدِمِ حس دوا (general anæsthetic) کا استعمال ضروری ہے۔



شکل ۱۰۔ ڈیسماری کا جفنی بازکش (Desmarre's Lid Retractor)۔

پلکوں کو زور سے علٰحدہ کرتے وقت ہمیں یہ بھی یاد رکھنا چاہیئے کہ اِس صورت میں محبوس اِفرازات (pent-up secretions) دفعتہً باہر نکل آتے ہیں اور ممکن ہے کہ اُچھل کر ممتحن کی آنکھوں کے اندر پہنچ جائیں۔

اِس کے بعد ہم خزانۂ مقدم (anterior chamber) کا

امتحان کرتے ہیں اور اُس کا عمق (گہرائی) معلوم کرتے ہیں کہ آیا وہ طبعی ہے، یا غیر عمیق (اُتھلا) ہے یا بڑھا ہوا۔ نیز یہ معلوم کرتے ہیں کہ آیا رطوبتِ مائیہ (aqueous humour) شفاف ہے؟ اگر اس میں تغیر پایا جاتا ہے تو ہم غور سے دیکھتے ہیں کہ آیا یہ ارتشاح (exudation) ریم پر مشتمل ہے (کوشکی ریم : hypopyon) یا خون پر (نزفِ خزانۂ مقدم : hyphæma) یا اسفنجی ارتشاح یا ایسی ہی کوئی چیز ہے۔ اِس امتحان کو تاریک حجرے میں ماسکی تنویر (focal illumination) کے ذریعہ مکرر عمل میں لانا چاہیے۔

اِس کے بعد قزحیہ (iris) کی باری آتی ہے۔ چنانچہ ہم اُس کا رنگ، اُس کی ملاست (ہمواری)، اور دبازت دیکھتے ہیں، اور معلوم کرتے ہیں کہ آیا اُس کے نشانات صاف طور پر نمایاں ہیں یا دھندلے پڑ گئے ہیں (خلابی یا مکدّر : muddy)، اور کرۂ چشم کی حرکت کے وقت قزحیہ ٹھیرا ہوا (قائم) رہتا ہے، یا مرتعش ہوتا ہے (لرزشِ قزحیہ : iridodonesis) - آخرالذکر حالت اُس وقت دیکھی جاتی ہے جبکہ قزحیہ کو عدسہ کا سہارا اچھی طرح نہیں ملتا، مثلاً اُس وقت جبکہ عدسہ غیر موجود ہو (لاعدسیّت : aphakia) یا سُکڑا ہوا ہو (ضمور : shrinkage)، یا اپنی جگہ سے ہٹا ہوا ہو (انخلاع : dislocation)- یہ بھی دیکھا جاتا ہے کہ قرنیہ کے ساتھ انضمامات (مقدم التصاقاتِ قزحیہ anterior synechiæ:) یا غلافِ عدسہ کے ساتھ انضمامات (مؤخر التصاقاتِ قزحیہ : posterior synechiæ) تو موجود نہیں ہیں۔ ممکن ہے کہ اِن کا پتہ چلانے کے لیے ایک مُوسّعِ حدقہ دوا (mydriatic) ٹپکانے کی ضرورت پڑے۔

8 اب ہم حدقہ (پتلی) کے خصائص کو نوٹ کرتے ہیں :- اُس کی جسامت، شکل یا ہیئت، اور اُس کا محلِ وقوع یا وضع - نیز روشنی کے اثر سے، اور توفیق (accommodation) اور اِستدقاق یا تقارب (convergence) میں، اُس کا ردِّ عمل یا تعامل، جیسا کہ صفحہ 184 میں سمجھایا گیا ہے - اُس کی جسامت روشنی کے تکشّف سے، "توفیق و تقارب" میں، عمر کے ساتھ (زیادہ عمر میں نسبتہً چھوٹی، اور نو عمری کے زمانہ میں نسبتہً چوڑی)، اور انعطاف کی حالت کے لحاظ سے [دراز نظر اشخاص (hypermetropes) میں نسبتہً چھوٹی، اور کوتاہ نظروں (myopes) میں نسبتہً بڑی] مختلف ہوتی ہے - حدقہ کے پیچھے ہمیں عدسہ کی اگلی سطح کا مرکزی حصّہ نظر آئے گا، اور ہم اُس کی شفافی (transparency) کو یا کسی غیر معمولی حالت کو، جو موجود ہو، دیکھتے ہیں، مثلاً نزول الماء (cataract) اور مطروحات (deposits) - عدسہ کی حالت کو مکمل طور پر واضح کرنے کے لئے پُتلی کا پھیلانا اور اُسے مصنوعی تنویر سے منوّر کرنا ضروری ہوتا ہے۔

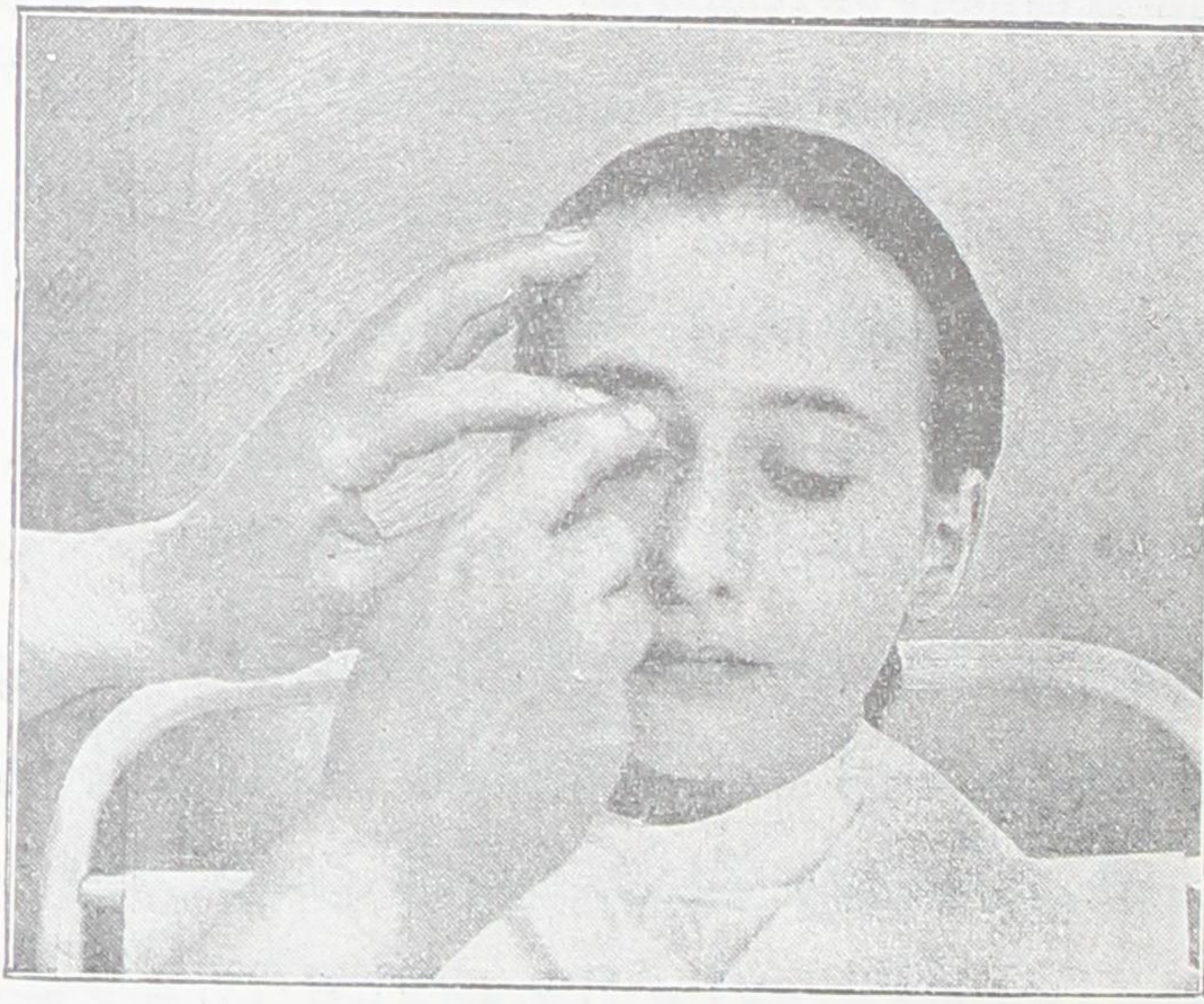
جَسّ

(PALPATION)

جَسّ سے ہمیں حسب ذیل معلومات حاصل ہو سکتے ہیں : ہدبی خطّے (ciliary region) میں حسّاسیّت کی موجودگی یا عدم موجودگی آنکھ کا تناؤ (tension) طبعی آنکھ کے تناؤ کے مقابلہ میں - اور ممکن ہے کہ چشم خانہ (محجر) کے اندر یا اُس کے اطراف میں کسی سلعہ (tumour) یا ورم کی موجودگی کا پتہ چل جائے۔

ھُدبی اہمیت (Ciliary Tenderness)۔ قرنیہ کے ذرا پیچھے صلبیہ (sclera) پر مندرجہ ذیل طریقہ سے ہلکا دباؤ ڈالنے سے (شکل ۱۱) ممکن ہے کہ ہمیں ہدبی جسم (ciliary body) کی حسّاسیّت میں زیادتی معلوم ہو۔ یہ التہابِ جسمِ ہُدبی (cyclitis) کی اہم علامت ہے۔

9



شکل ۱۱۔ کُرّۂ چشم کے تناؤ کے امتحان کا طریقہ۔

کُرّۂ چشم کا تناؤ۔ کُرّۂ چشم کے تناؤ کا اندازہ کرنے کے لئے مریض کو نیچے دیکھنے کی ہدایت کی جائے، اور پھر اپنی دونوں شہادت کی انگلیوں کو، بالائی پپوٹے پر (شکل ۱۱) (بالکل اُسی طرح جس طرح کہ کسی پھوڑے کا تموّج محسوس کرنے کے لئے رکھتے ہیں) رکھکر، مگر بہ نسبت پیچھے کی طرف کے نیچے کی طرف زیادہ دباتے ہوئے آہستہ سے صلبیہ کے اُس حصّے کا

جس کرو جو قرنیہ سے اوپر کو ہے۔ اگر دوسری آنکھ طبعی ہے تو اُس کے ساتھ، ورنہ کسی دوسرے کی تندرست آنکھ کے ساتھ مقابلہ کرکے ہم تناؤ کے درجہ کا اندازہ کرتے ہیں۔

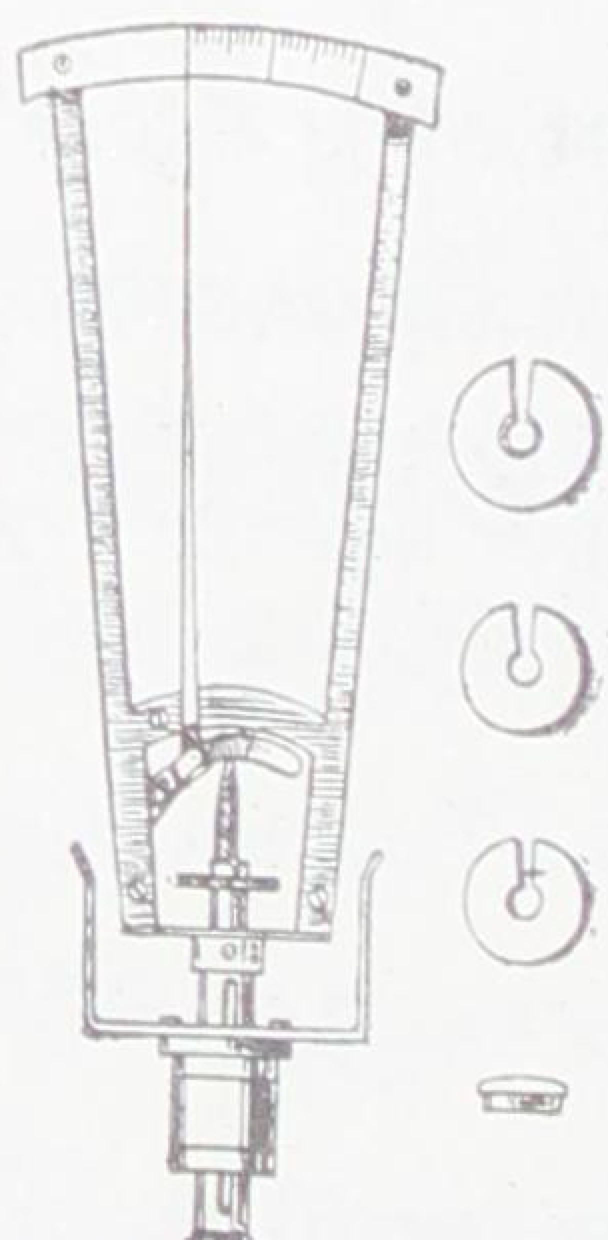
تناؤ کی زیادتی زرق الماء (glaucoma) یعنے سبز موتیا کی ایک نمایاں علامت ہے۔ اِنفکاکِ شبکیہ (detachment of retina)، ثاقب (چھیدنے والے) زخم (perforating wounds)، اور کُرہ چشم کی انحطاط یافتہ (degenerated) حالتیں، یہ سب تناؤ میں کمی پیدا کردیتی ہیں۔ بعض اوقات التہابِ جسمِ ہدبی (cyclitis) میں بھی تناؤ میں تبدیلیاں پائی جاتی ہیں۔

تناؤ (tension) کو سرسری طور پر T کی علامت سے ظاہر کیا جاتا ہے۔ جب تناؤ طبعی ہو تو اِس علامت کے بعد n، اور جب اُس میں کمی یا زیادتی ہو تو اِس کے بعد − یا + کی علامت بنادی جاتی ہے، اور تغیر کے درجے کو ظاہر کرنے کے لئے اِس کے ساتھ اعداد درج کردئے جاتے ہیں، جیسا کہ مندرجۂ ذیل صراحت سے ظاہر ہوگا:-

طبعی تناؤ	= T.n.	تناؤ میں کمی	= T. −
زائد تناؤ	= T. +	محسوس نرمی	= T. − 1
محسوس سختی	= T. + 1	یقینی نرمی	= T. − 2
یقینی سختی	= T. + 2	کُرہ چشم بہت نرم	= T. − 3
تختہ کے مانند سختی	= T. + 3		

جب سرجن کی اُنگلیاں تربیت یافتہ (مشّاق) ہوں تو تناؤ کی تخمین اور اندراج کے لئے یہ طریقہ تشفی بخش طور پر کارآمد ہوتا ہے، لیکن زیادہ

صحیح پیمائش کے لئے اور اندراجات محفوظ رکھنے کی غرض سے ہم ایک تنش پیما (tonometer) استعمال کرتے ہیں۔ شیوٹس (Schiötz) کا تنش پیما سب سے زیادہ عام طور پر کام میں لایا جاتا ہے۔ بعض اوقات اس کے بجائے میک لین (McLean) کے تنش پیما سے کام لیا جاتا ہے۔ تنش پیما پیمانہ پر ایک سوئی کی حرکت سے، اُس مزاحمت کو ظاہر کرتا ہے جو اُن معیّن اوزان کو پیش آتی ہے جو قرنیہ کی تسنین (indentation) پیدا کرنے کے لئے کام میں لائے جاتے ہیں۔ آنکھ کو ایک فیصدی ہالوکین (holocaine) کے دو اقطارات (instillations) کے ذریعہ عدیم الحس کر لیا جاتا ہے۔ کوکین کا استعمال ناجائز ہے کیونکہ اس سے طبعی آنکھ کا تناؤ کسی قدر کم ہو جاتا ہے، نیز قرنیہ کا سر حلمہ نرم ہو جاتا ہے اور اُس میں تنش پیما کے تماس (چھونے) سے خراشیدگی پیدا ہو جانے کا اِمکان زیادہ ہو جاتا ہے۔ مریض کو ایک کوچ پر لیٹنا چاہیئے اور سیدھا اوپر کی طرف دیکھتے رہنا چاہیئے۔ اُس کے دونوں پپوٹے بائیں ہاتھ کی اُنگلیوں سے علیحدہ کر دئے جاتے ہیں، اِس طرح پر کہ کُرۂ چشم پر دباؤ نہ پڑنے پائے۔ پھر تنش پیما کو خود اُسی کے وزن کے سہارے سے، اوپر کی طرف پھرائے ہوئے قرنیہ پر رکھ دیا جاتا ہے، اور سوئی پر مختلف اوزان رکھدئے جاتے ہیں جن کا انحصار تناؤ کے اُس درجہ پر ہوتا ہے جس کا شبہ ہو۔ آلۂ تنش پیما کی سوئی پیمانہ پر کسی عدد تک مُنصرف (deflected) ہو جاتی ہے



شکل ۱۲۔ شیوٹس کا تنش پیما
بطرز ٹمینڈ برگ۔

10

جس کی ترجمانی منسلکہ قرطاس (chart) سیمابی ملی میٹروں کے ایک معیّن عدد کی شکل میں کر دیتا ہے۔ شیوٹس کے تنش پیما کے ذریعہ تسجیل شدہ طبعی تناؤ ۱۵ تا ۲۵ سیمابی ملی میٹر مختلف ہوتا ہے۔

قرنیہ، خزانۂ مقدّم، قزحیہ اور عدسہ کے دقیق معائنہ کے لئے نیز زجاجیہ (vitreous) اور قاع العین (fundus) کے امتحان کی غرض سے ہم تنویرِ مُورب (oblique illumination)، چشم بین، عبوری تنویر (transillumination) (باب ۳)، اور قرنیتی خُرد بین (corneal microscope) سے کام لیتے ہیں، اور اِس کے ساتھ ہی حجرۂ تاریک میں شگافی چراغ (slit lamp) استعمال کیا جاتا ہے (باب ۴)۔

11

باب دوئم

آنکھ کا موضوعی یا فعلی امتحان

(Subjective or Functional Examination of the Eye)

موضوعی امتحان، جس کا انحصار مریض کے بیانات پر ہوتا ہے، ہر آنکھ کے وظیفہ، یعنے بصارت (نظر)، کو علٰحدہ علٰحدہ جانچنے پر مشتمل ہے۔ جن وظائف یا افعال کی جانچ کرنا ہے، وہ یہ ہیں:۔ بلاواسطہ بصارت (direct vision) میں حِسِّ شکل (form sense)، میدانہائے بصارت (fields of vision) کی وسعت یا حد، حِسِّ لونی (colour sense) اور حِسِّ نُوری (light sense)۔

حِسِّ شکل (form sense) آنکھ کی وہ قوّت ہے جس کے باعث اُسے بلاواسطہ یا راست بصارت میں معروضات (objects) یعنے اشیاء کا ادراک ہوتا ہے۔ اِس قوّت کی تعبیر تیزئ بصارت (acuteness of vision) سے کی جاتی ہے۔ نُقاط کے ایک ایسے سلسلہ کے ذریعہ، جس سے نقطۂ تثبیت (fixation point) سے جہاں روشنی کا ادراک ہو سکتا ہے، زاویئی فاصلے ظاہر ہوتے ہوں، ہر ایک

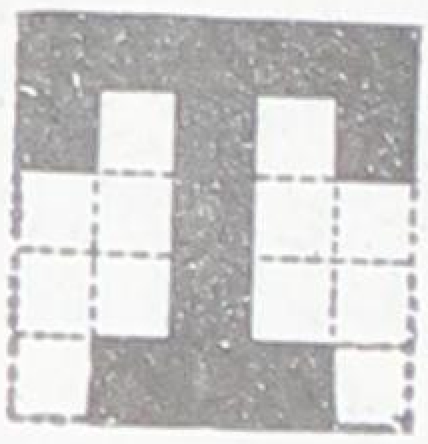
آنکھ کے میدانِ بصارت (field of vision) کا نقشہ تیار کیا جا سکتا ہے۔ حِسِّ لَونی (colour sense) وہ قوّت ہے جس کے باعث آنکھ روشنی کے مختلف موجی طولوں (wave lengths) کو تمیز کر سکتی ہے، یعنی رنگوں کو شناخت کر سکتی ہے (اِمتیازِ اَلوان)۔ حِسِّ نُور (light sense) تنویر (چمک) کی شدّت کے مختلف درجات کے اِدراک کی قوّت کا نام ہے۔

تیزیٔ بصارت
(Acuteness of Vision)

مرکزی یا بلاواسطہ بصارت (Central or Direct Vision)۔ جب ہم کسی شئے کو صاف دیکھنا چاہتے ہیں تو ہم سیدھا اُسی کی طرف دیکھتے ہیں، تاکہ اُس کی شبیہ (خیال) (image) لُطخۂ اَصفر (macula lutea) پر پڑے، جو شبکیہ کا وہ حِصّہ ہے جو تیز ترین بصارت کے لئے متوافق اور مخصوص ہے۔ بصارتِ بعید اور بصارتِ قریب دونوں کے لئے تیزیٔ بصارت کو جانچنا چاہیئے۔

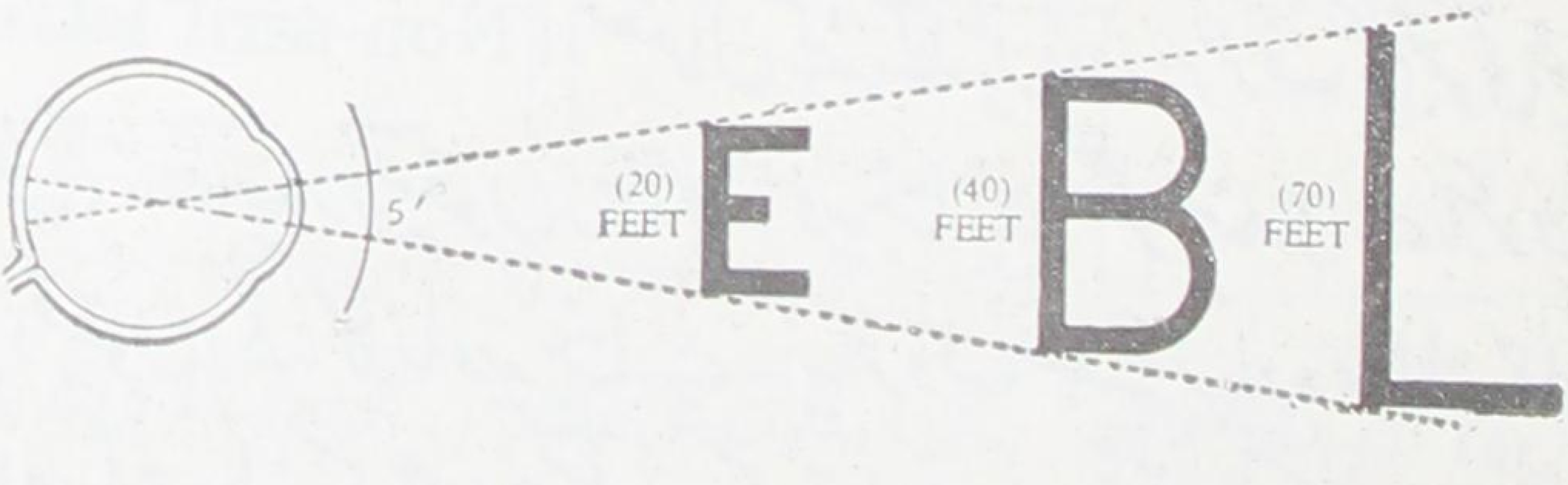
بصارتِ بعیدہ (Distant Vision)۔ فاصلہ کے امتحان کے لئے ۲۰ فیٹ (۶ میٹر) کا تجوّل (range) منتخب کیا جاتا ہے، کیونکہ اِس فاصلہ پر کے نقطہ سے آنے والی روشنی کی شعاعیں قریب قریب متوازی ہوتی ہیں۔ چنانچہ اِس کام کے لئے ہم سنیلَن کے امتحانی حروف (Snellen's test types) استعمال کرتے ہیں، جو اصولِ ذیل پر بنائے گئے ہیں: ہر حرف ایک ایسے مربع (شکل ۱۳) کے اندر مرتسم ہوتا ہے

جو ایسے فاصلہ پر سے، جہاں سے طبعی آنکھ اُس حرف کو تمیز کر سکے، پانچ دقیقوں (۵َ) کا اِستبصاری زاویہ (visual angle) بناتا ہے۔



شکل ۱۳۔ سنیلین کے امتحانی حروف کی ساخت۔ سیرفی حرف (Serif letter)

اِستبصاری زاویہ اُن دو خطوط کے درمیان ہوتا ہے، جو موضوع یا شئے کی اِنتہاؤں سے شروع ہو کر آنکھ کے عُقدی نقطہ (nodal point) میں سے ہو کر گذرتے ہیں (شکل ۱۴)۔ مربع کی ہر جانب پانچ مساوی حصّوں میں منقسم ہے۔ اِس طرح جو پانچ چھوٹے مربعات بنتے ہیں، اُن سے ایک ایسا اِستبصاری زاویہ بنتا ہے جو ایک دقیقہ (اَ) کا ہوتا ہے، اور یہی طبعی آنکھ کا اَقل اِستبصاری زاویہ ہے۔ یعنی اگر دو سیاہ اشیاء ایک سفید زمین پر جُدا جُدا ایسے فاصلہ سے رکھدی جائیں جس سے نسبتہً چھوٹا زاویہ بنتا ہو، تو اَب یہ دونوں اشیاء



شکل ۱۴۔ مختلف فاصلوں سے سنیلن کے امتحانی حروف کی جسامت کی تخمین۔ غیر سیرفی حروف (Non-serif letters)۔

جُدا جُدا نظر نہ آئیں گی۔ وُہی اِستبصاری زاویہ بنانے کے لئے ضروری ہے کہ حروف آنکھ سے جس قدر زیادہ دُور ہٹائے جائیں، اُن کی جسامت بھی (اُسی مناسبت سے) بڑھائی جائے (ملاحظہ ہو شکل ۱۴)۔

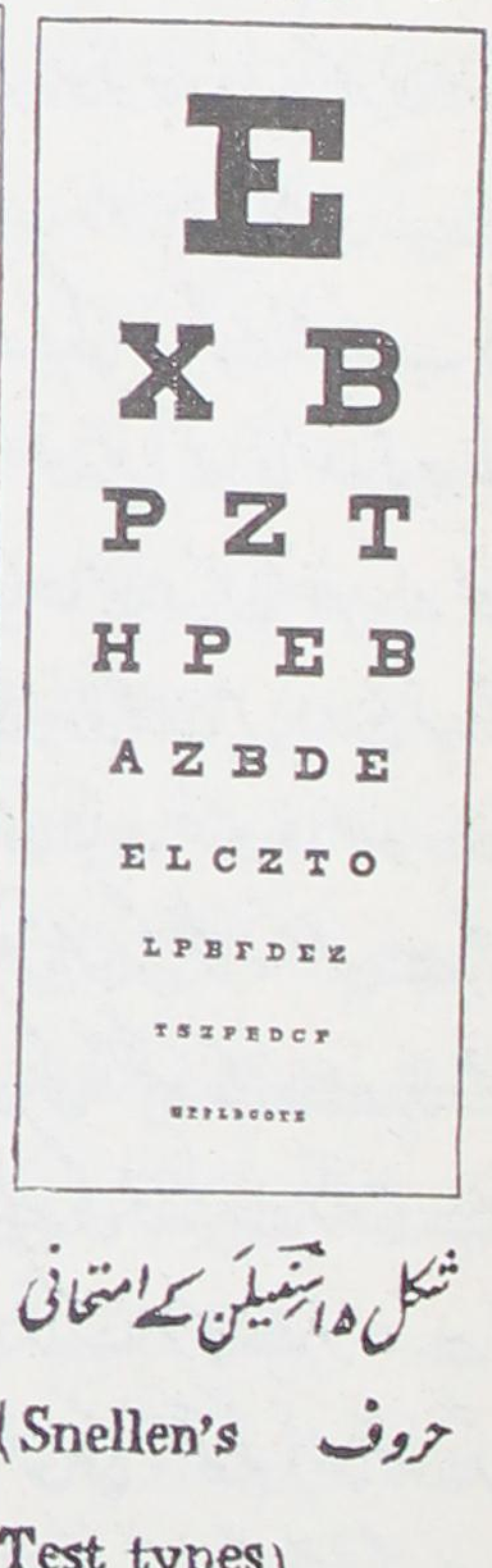
سنیلن کے امتحانی حروف میں ایک قرطاس (جدول) پر مربع شکل کے سیرِفی حروف (Serif letters) مرتّب ہوتے ہیں، اور اِن حروف کی جسامت اوپر سے نیچے کی طرف آتے ہوئے بتدریج کم ہوجاتی ہے۔ ہر حرف کی بلندی سے پانچ دقیقوں (۵َ) کا اِستبصاری زاویہ بنتا ہے، اور حرف کے ترکیبی خطوط سے ایک دقیقہ (۱َ) کا اِستبصاری زاویہ بنتا ہے۔ سب سے اوپر کا حرف ایسی جسامت کا ہے کہ ۶۰ میٹر کے فاصلہ سے پڑھا جاسکتا ہے۔ اِس کے بعد حروف کی وہ قطاریں آتی ہیں جنھیں علی الترتیب ۳۶۔ ۲۴۔ ۱۸۔ ۱۲۔ ۹۔ ۶۔ اور ۵ میٹر کے فاصلہ سے پڑھا جانا چاہیئے (شکل ۱۵)۔

ایک اور طرز کے حروف جو مقبول ہو رہے ہیں گرین (Green) کے ہیں (شکل ۱۶)۔ یہ بھی اِسی اصول پر مبنی ہیں۔ اِس میں غیر سیرِفی حروف (Non-serif letters) استعمال کئے گئے ہیں، اور ہر حرف کی مجموعی چوڑائی (عَرض) سے چار دقیقوں (۴َ) کا زاویہ بنتا ہے، مگر بلندی سے بدستورِ سابق پانچ دقیقوں (۵َ) کا زاویہ بنتا ہے۔ یہ حروف نسبتہً زیادہ صاف تراشیدہ ہیں اور اُس طرز کے ہیں جو سنیلن کے قرطاس میں استعمال کردہ سیرِفی حروف کے مقابلہ میں روزمرّہ استعمال کے لئے زیادہ رائج ہے۔

تیزئ بصارت (acuteness of vision) ایک کسر (fraction) کے ذریعہ ظاہر کی جاتی ہے، جس کا شمار کنندہ عدد (numerator) میٹروں کی اُس تعداد سے متناظر ہوتا ہے جو مریض اور جدولی قرطاس کے مابین واقع ہے (یہ فاصلہ ۶ میٹر ہو تو بہتر ہے)، اور نسب نما (denominator) اُس عدد سے متناظر ہوتا ہے جو اُس فاصلہ

13

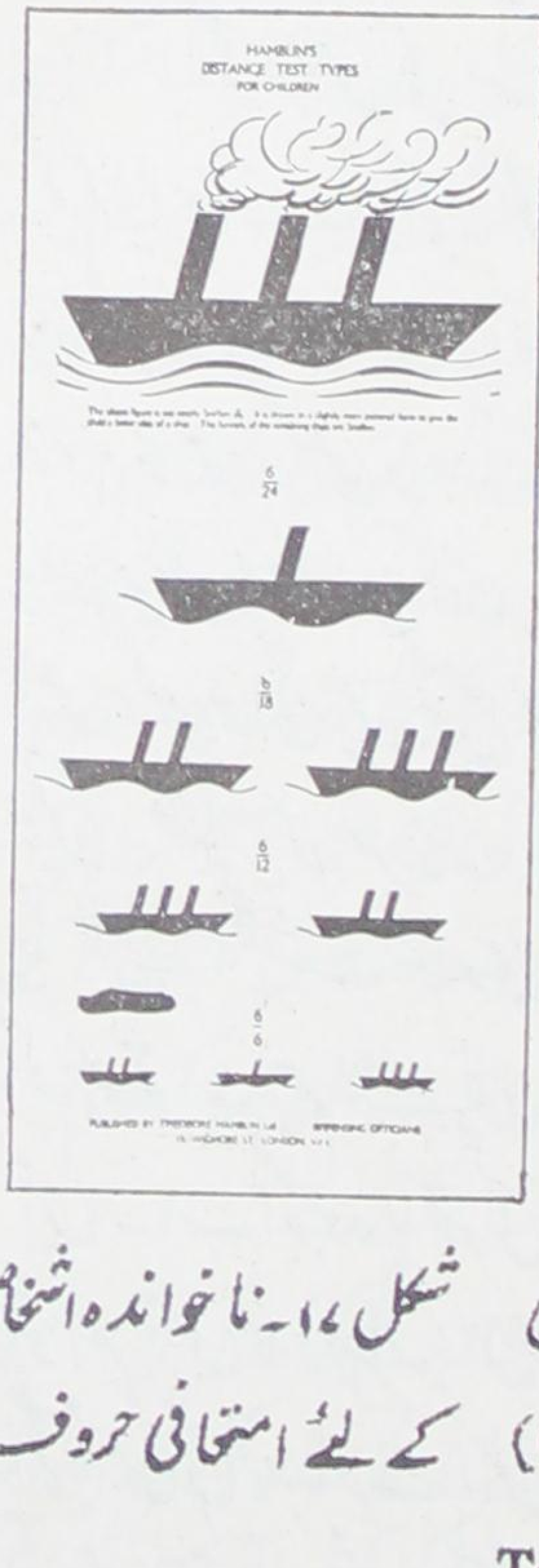
کو ظاہر کرتا ہے، جس فاصلہ سے طبعی آنکھ کو مریض کے پڑھتے ہوئے سب سے چھوٹے حروف کو پڑھنا چاہئے۔ چنانچہ اگر مریض کی بصارت (نگاہ) طبعی ہے تو اُس کی تیزئ بصارت $\frac{6}{6}$ کے مساوی ہوگی اور اس کو اس طرح تعبیر کرینگے :- $V = \frac{6}{6}$ ، اور اگر مریض اوپر سے صرف تیسری ہی سطر



شکل ۱۵ اسنیلن کے امتحانی حروف (Snellen's Test types)



شکل ۱۶ ـ گرین کے امتحانی حروف (Green's Test types)



شکل ۱۷ ـ نا خواندہ اشخاص کے لئے امتحانی حروف۔

پڑھ سکتا ہے تو تیزئ بصارت $V = \frac{6}{24}$ سے تعبیر کی جائے گی۔ اگر وہ صرف سب سے اوپر کے حرف کے سوائے اور کچھ نہیں پڑھ سکتا ہے تو اس کی تعبیر $V = \frac{6}{60}$ سے کی جائے گی۔ اور اگر وہ $\frac{6}{18}$ والی سطر کے سب حروف تو نہیں مگر صرف چند حروف پڑھ سکتا ہے تو اس کا اظہار

$V = \frac{6}{18}$ ۔ سے یا $\frac{6}{24} +$ سے کیا جائے گا۔ بہت سے اشخاص خاصکر نوعمری کے زمانہ میں، جدول کی آخری سطر کو، جو ۵ میٹر کے فاصلہ سے پڑھی جانی چاہیئے، ۶ میٹر ہی کے فاصلے سے پڑھ سکتے ہیں۔ اِس صورت میں تیزیٔ بصارت کی کسر $V = \frac{6}{5}$ ہوگی۔

اگر مریض کی بصارت $\frac{6}{10}$ سے بھی کم ہو تو جدول کے فاصلہ کو کم کرلیا جاتا ہے۔ اب اگر وہ سب سے بڑا حرف دو میٹر فاصلہ سے پڑھ لیتا ہے تو اس کی تعبیر $V = \frac{2}{60}$ کی جائے گی۔ اگر مریض سب سے اوپر کا حرف کسی فاصلہ سے پڑھ ہی نہیں سکتا، تو ہم اُس فاصلہ کو جہاں سے مریض امتحان کنندہ کی اُنگلیوں کو (جو ایک سیاہ پس منظر کے محاذ میں رکھی جاتی ہیں) صحیح طور پر شمار کرسکے، فُٹوں یا اِنچوں میں درج کرتے ہیں۔ مثلاً اِس طرح:- $V =$ انگشت شماری ایک فٹ فاصلہ سے یا $V =$ انگشت شماری ۷ اِنچ فاصلہ سے۔ اگر مریض کی نگاہ اِس سے بھی کم ہو تو اب ہم اپنے پُورے ہاتھ (پنجہ) کو اُس کی آنکھ کے سامنے ہِلاتے ہیں۔ اب اگر وہ ہاتھ کی ایسی حرکتوں کو تمیز کرلینے کی قابلیت رکھتا ہے تو ہم اِس کا اظہار اِس طرح کرتے ہیں:- "اِدراکِ حرکاتِ دست" 14

اگر اُس کی بصارت اِس سے بھی کم ہو تو ہم اُس کی آنکھ کو ڈھانک کر اور پھر متبادلاً روشنی میں کُھلا رکھکر، اِس امر کا اندازہ کرتے ہیں کہ آیا اُسے اِدراکِ نُور (P. L.=perception of light) یعنے روشنی کی تمیز ہے یا نہیں۔ یہ سب ہاتھ سے کیا جاتا ہے، یا تاریک حجرہ میں چشم بین کے آئینہ (ophthalmoscopic mirror) کے ذریعہ آنکھ پر روشنی ڈالکر، اور نوٹ کیا جاتا ہے کہ مریض تنویر (روشنی) کی موجودگی یا غیر موجودگی کو

بتلا سکتا ہے یا نہیں۔

ہر آنکھ کا امتحان علیحدہ علیحدہ کیا جاتا ہے۔ اور جانچتے وقت دوسری آنکھ کو کسی مُقوّے سے، یا اندھے تال[1] (opaque disc) کو آزمائشی چوکھٹے (trial frame) میں رکھکر، ڈھانک دیا جاتا ہے۔ جدولی قرطاس کو منوّر کرنے کے لئے دن کی روشنی سے کام لیا جاسکتا ہے لیکن اگر امتحانی حروف پر مصنوعی روشنی بلاواسطہ ڈالی جائے تو یہ زیادہ پسندیدہ ہے کیونکہ یہ زیادہ یکسانیت رکھتی ہے۔ امتحانی حروف (test types) کو کھڑکی کے سامنے، تقریباً مریض کی آنکھوں کے لیول کے برابر رکھا جاتا ہے، اور اُسے اِس طور پر بٹھایا جاتا ہے کہ اُس کی پُشت مَبدءِ تنویر (source of illumination) کی طرف رہے۔ بچّے یا ناخواندہ مریض کے لئے ہم ایک ایسا جدولی قرطاس استعمال کرسکتے ہیں جیسا کہ شکل ۱۷ میں دکھلایا گیا ہے۔ تیزیٔ بصارت کی تعیین اُس سب سے چھوٹی قطار سے کی جاسکتی ہے جس میں مریض ہر ایک جہاز کے دھوئیں کے نلوں کی تعداد صحیح صحیح طور پر بتلا سکتا ہے۔

بصارتِ قریبہ (Near Vision) جب آنکھ ساکن (آرام کی حالت میں) ہو تو وہ متوازی شعاعوں کے لئے، جو دُور کی شئے (معروض) سے آتی ہیں، متوافق (adapted) ہوتی ہے۔ لیکن کسی نزدیک کی شئے سے آنے والی منفرج (متّسع) شعاعوں (divergent rays) کے شبکیہ

---

[1] عینک کے ہر ایک شیشہ کو محاورے میں تال کہتے ہیں۔ لہٰذا غیر شفاف قرص کو اندھا تال کہنا مناسب ہوگا۔ (مترجم۔)

پر ماسکہ پذیر ہونے کے لئے آنکھ کی انعطافی قوت (refractive power) میں بیشی ہونا ضروری ہے۔ اِس تغیر کا نام توفیق (accommodation) ہے۔ اس کا تفصیلی بیان تیرھویں باب میں درج کیا جائے گا۔

بصارتِ قریبہ کی تحقیق کے لئے جو امتحانی حروف عموماً استعمال کئے جاتے ہیں، وہ مختلف جسامتوں کے معمولی لطباعت کے حروف (ordinary printer's types) ہوتے ہیں۔ سب سے باریک حروف پر (۱) کا شمارہ ہوتا ہے، اور اِس کے بعد کے شماروں سے یکے بعد دیگرے زیادہ موٹے حروف ظاہر ہوتے ہیں۔ اِن حروف کو جیگر کے امتحانی ٹائپ (Jaeger's test type) کا نام دیا گیا ہے (شکل ۱۸)۔

مریض کو روشنی کی طرف پُشت کرکے بٹھلایا جائے تاکہ زیر نظر صفحہ اچھی طرح روشن (تنویر یافتہ) رہے، اور ہر آنکھ کا امتحان علٰحدہ علٰحدہ کرنا چاہئے۔ مریض کی بصارتِ قریبہ کو J کے بعد اُس شمارہ کو لکھکر ظاہر کیا جاتا ہے جو اُس کے پڑھے ہوئے سب سے باریک اور چھوٹے حروف سے متناظر ہو، مثلاً J. 3 کے یہ معنے ہیں کہ مریض تیسرا فقرہ پڑھ لینے کی قابلیت رکھتا ہے۔

ایسے ٹائپ (حروف) بھی استعمال کئے جاتے ہیں، جو سنیلن کے اصول پر مبنی ہیں۔ اِن کی ضرورت متعدد پبلک ملازمتوں، مثلاً بَرّی اور بحری فوج (army, navy) وغیرہ، کے امیدواروں کو جانچنے کے لئے پڑتی ہے۔ انھیں ۵ء۰ مم، ۷۵ء۰ مم، ۱ مم، وغیرہ کے فاصلہ سے پڑھا جانا چاہئے۔ (مم = ملی میٹر)۔

1.

As she spoke, Moses came siowiy on foot, and sweating under the deal box, which he had strapt round his shoulders like a pedlar "Welcome, welcome, Moses' well, my boy, what have you brought us from the fair?"– "I have brought you myself," cried Moses, with a sly look, and resting

2.

Fve shillings and twopence is no bad day's work. Come, let us have it then."–"I have brought back no money," cried Moses again. "I have laid it all out in a bargain, and here it is," pulling out a bundle from his breast: "here they are; a

4.

mother," cried the boy, "why won't you listen to reason? I had them a dead bargain, or I should not have brought them The silver

6.

the rims, for they are not worth sixpence; for I perceive they are only copper varnished over."–"What!"

8.

with copper rims and shagreen cases? A murrain take such trumpery! The block-

10.

the idiot!" returned she, "to bring me such stuff: if I had them I would throw them in

12.

By this time the unfortunate

14.

asked the circumstances

15.

to a tent, under

شکل ۱۰۱۔ بصارت قریبہ کے لئے جیگر کے امتحانی حروف **(Jaeger's Test Types)**۔

16

میدان بصارت
(Field of Vision)

محیطی بصارت (Peripheral vision) اس وقت بروئے کار آتی ہے جبکہ شبیہ (image) شبکیہ (retina) کے کسی ایسے حصّے پر قائم ہوتی ہے جو نقرۂ مرکزی (fovea centralis) سے باہر ہوتا ہے۔ ایسی بصارت صاف نہیں ہوتی بلکہ مبہم اور غیر واضح ہوتی ہے، مگر بڑی اہمیت رکھتی ہے۔

میدان بصارت (field of vision) محیطی یا بالواسطہ بصارت کے حدود ظاہر کرتا ہے۔ یہ وہ فضا ہے جس کے اندر کوئی شئے نظر آسکتی ہے درآنحالیکہ آنکھ کسی ایک نقطہ پر جمی ہوئی رہتی ہے۔ اس کا تعلق عموماً ایک آنکھ سے ہوتا ہے، کیونکہ دوسری آنکھ ڈھانک دی جاتی ہے، اور اس کا اطلاق ایک سفید شئے پر ہوتا ہے، (تاوقتیکہ اس کے خلاف نہ بیان کیا جائے)۔ میدان بصارت کے حدود کی تعیین سرسری طور سے ہاتھ کے ذریعے کی جاسکتی ہے، مگر نسبتاً صحیح تعیین کے لئے ایک سیاہ تختہ پر کھریا مٹی کے ٹکڑے یا ایک روشن موم بتی کے ذریعہ نشان ڈالا جاتا ہے۔ لیکن صحیح ترین تعیین کے لئے ایک محیط پیما (perimeter) سے کام لینا چاہئے۔

یدی امتحان (Hand Test)۔ مریض کو گھما کر اس کی پشت روشنی کی طرف کی جائے، اور ممتحن مریض کے سامنے دو فٹ فاصلہ پر رہے۔ اب مریض کی ایک آنکھ ڈھانک دینے کے بعد اُسے ہدایت کریں کہ وہ ممتحن کی اُس آنکھ پر نظر جمائے رکھے جو اس کے مقابل ہے۔ ممتحن بھی اپنی دوسری آنکھ بند کرلے۔ اب ممتحن اپنی ہاتھ کی انگلیوں کو پھیلا کر پنجہ کو اپنے اور مریض کے درمیان محیط کے مختلف مقامات سے اندر کی طرف لائے، اور مریض بتلاتا ہے کہ اُسے ممتحن کے پنجہ کی انگلیاں

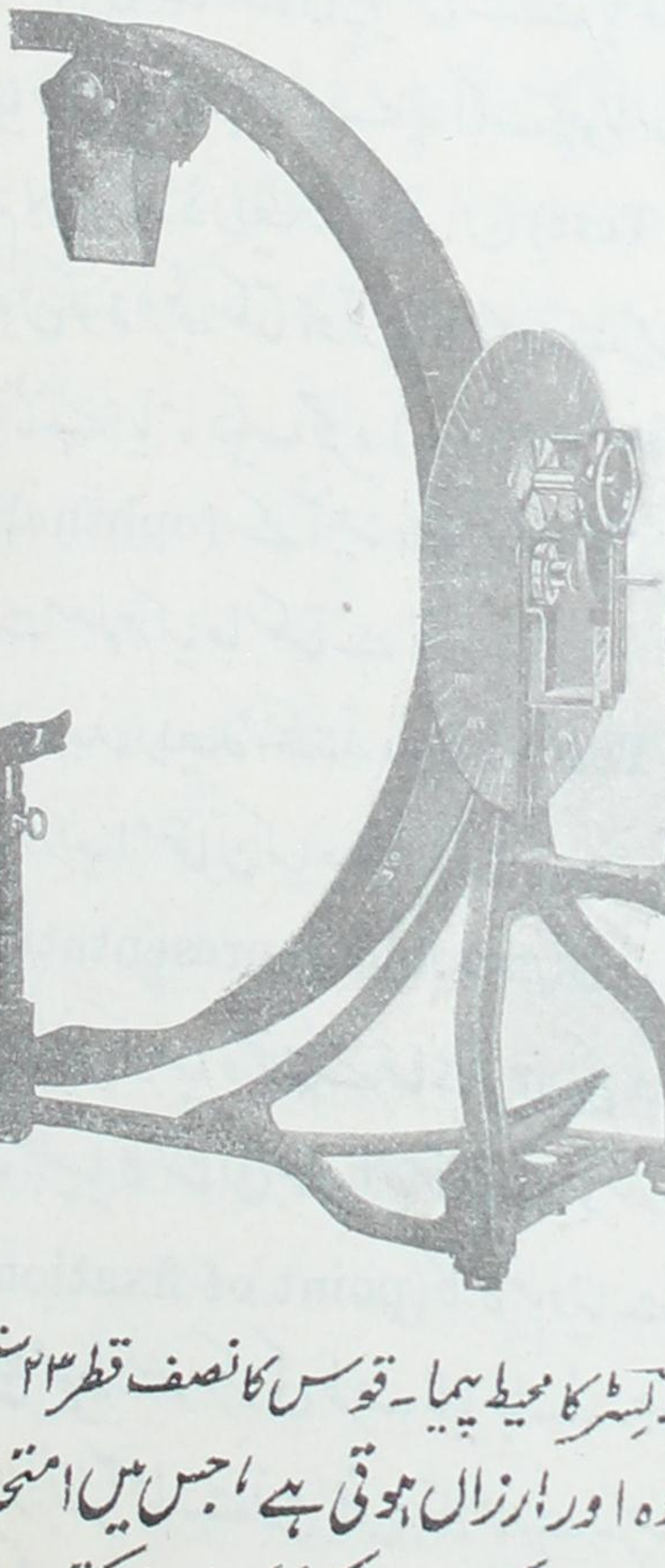
کب نظر آتی ہیں۔ اِس طرح ممتحن مریض کے میدانِ نظر کا مقابلہ اپنے میدانِ نظر سے کر سکتا ہے۔ اگر ممتحن اور مریض، دونوں کے میدانِ نظر طبعی ہیں تو دونوں اُنگلیوں کو ایک ہی ساتھ دیکھیں گے۔ یہ طریقہ نہایت سادہ اور سریع ہے، اور اگر میدانِ بصارت میں کوئی بڑا نقص موجود ہے تو اِس سے ظاہر ہو جائے گا۔ میدانِ بصارت کی پیمائش کے لئے ہاتھ کے عوض ایک ایسا ڈنڈا بھی استعمال کیا جا سکتا ہے جسکے سِرے پر ایک چھوٹا سا سپید لٹو لگا ہوا ہو۔

موم بتی کے ذریعہ امتحان (Candle Test)۔ اگر مریض ہاتھ کی اُنگلیوں کو نہ دیکھ سکتا ہو تو ایسی صورت میں ایک روشن موم بتی سے کام لیا جاتا ہے، یا تاریک حجرہ (dark-room) میں ایک چشم بین (ophthalmoscope) کے آئینہ سے معکوس روشنی اُسی طریقہ سے ڈالکر میدانِ بصارت معلوم کیا جا سکتا ہے۔

امتحان بذریعۂ تختۂ سیاہ (Blackboard Test)۔ اگر سیاہ تختہ کے ذریعہ امتحان کیا جائے تو اِس سے بھی قریب قریب صحیح ترسیمی تعبیر (graphic representation) حاصل ہو سکتی ہے۔ اِس مقصد کے لئے مریض کو سیاہ تختہ کے سامنے ۱۲ انچ فاصلہ پر رکھا جاتا ہے، اور تختہ پر ایک چلیپا کا نشان بنا دیا جاتا ہے، جو نظر جمانے کے لئے نقطۂ تثبیت (point of fixation) کا کام دیتا ہے۔ اب کھریا مٹی کا ایک ٹکڑا بتدریج محیط سے مرکز کی طرف لایا جائے۔ جب یہ مریض کو مختلف رُخوں سے آتا ہوا نظر آتا ہے تو مریض بتلاتا ہے۔ چنانچہ اِن مقامات پر نشانات بنا دئے جاتے ہیں۔ آخر میں ان سب نشانات کو ایک خط کے ذریعہ جوڑ دیا جاتا ہے، اور اِس طرح میدانِ بصارت کا خاکہ حاصل

ہو جاتا ہے۔

17 محیط پیما (Perimeter) (شکل ۱۹) کے ذریعہ میدانِ ابصارت کی پیمائش کے طریقہ سے صحیح ترین نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ اِس آلہ کی ایک



شکل ۱۹ - لِسٹر کا محیط پیما - قوس کا نصف قطر ۲۳ سنٹی میٹر -

قسم نہایت سادہ اور ارزاں ہوتی ہے، جس میں امتحانی شئے (test object) کو ہاتھ سے حرکت دے کر گھمایا جاسکتا ہے۔ مگر ایک نہایت پیچیدہ قسم بھی ہے جو خود راقم (self-recording) اور گراں قیمت

ہوتی ہے۔ نسبتۃً سادہ آلات سے ٹھیک اور صحیح نتائج حاصل ہوتے ہیں، مگر امتحان میں وقت زیادہ صرف ہوتا ہے۔ یہ آلہ ایک فلزاتی نیم دائرہ یا ربع (metallic semicircle or quadrant) پر مشتمل ہوتا ہے، جسے گھما کر (گردش دیکر) کسی بھی خطِ نصف النہار (meridian) کے متناظر لایا جاسکتا ہے۔ اِس قوس پر درجوں کے نشانات بنے ہوتے ہیں، اِس طرح پر کہ "0" قوس کے وسطی نقطہ سے متناظر ہوتا ہے اور "90" اُس کے دونوں سروں سے متناظر ہوتا ہے۔ مریض کا سَر ایک ذَقن دان (chin-rest) پر ٹکا دیا جاتا ہے، اُس کی ایک آنکھ ڈھانک دی جاتی ہے اور دوسری آنکھ کی نظر قوس کے مرکز پر رکھی ہوئی کسی چیز پر جمائی جاتی ہے۔ امتحانی شئے (ایک سفید یا رنگین قرص، جس کا قطرہ ملی میٹر ہوتا ہے) قوس کی اندرونی سطح پر کھسکائی جاتی ہے، اور وہ مختلف خطوطِ نصف النہار (meridians) میں جن جن نقطوں (مقامات) پر سب سے پہلے مریض کو نظر آجاتی ہے، اُن نقطوں کے نشانات طبعی میدان (normal field) کے نقشوں پر بنا دیے جاتے ہیں۔ اگر ان نشانوں کو خطوط کے ذریعہ جوڑ دیا جائے تو اُس میدان کے حدود بنجائیں گے۔ خاص خاص حالتوں میں نسبتۃً بڑی یا چھوٹی امتحانی اشیاء (حسبِ ضرورت) استعمال کی جاتی ہیں۔ بعض اوقات کسی ایسے رقبہ میں، جس میں ۵ ملی میٹر جسامت کی امتحانی شَئے غیر مرئی رہتی ہے، کسی نسبتۃً بڑی امتحانی شئے سے میدانِ نظر حاصل کیا جاسکتا ہے۔ اگر ابتدا ہی سے بڑی جسامت والی امتحانی شئے استعمال کی جائے تو ممکن ہے کہ خفیف نقص نظر انداز ہوجائے۔

18

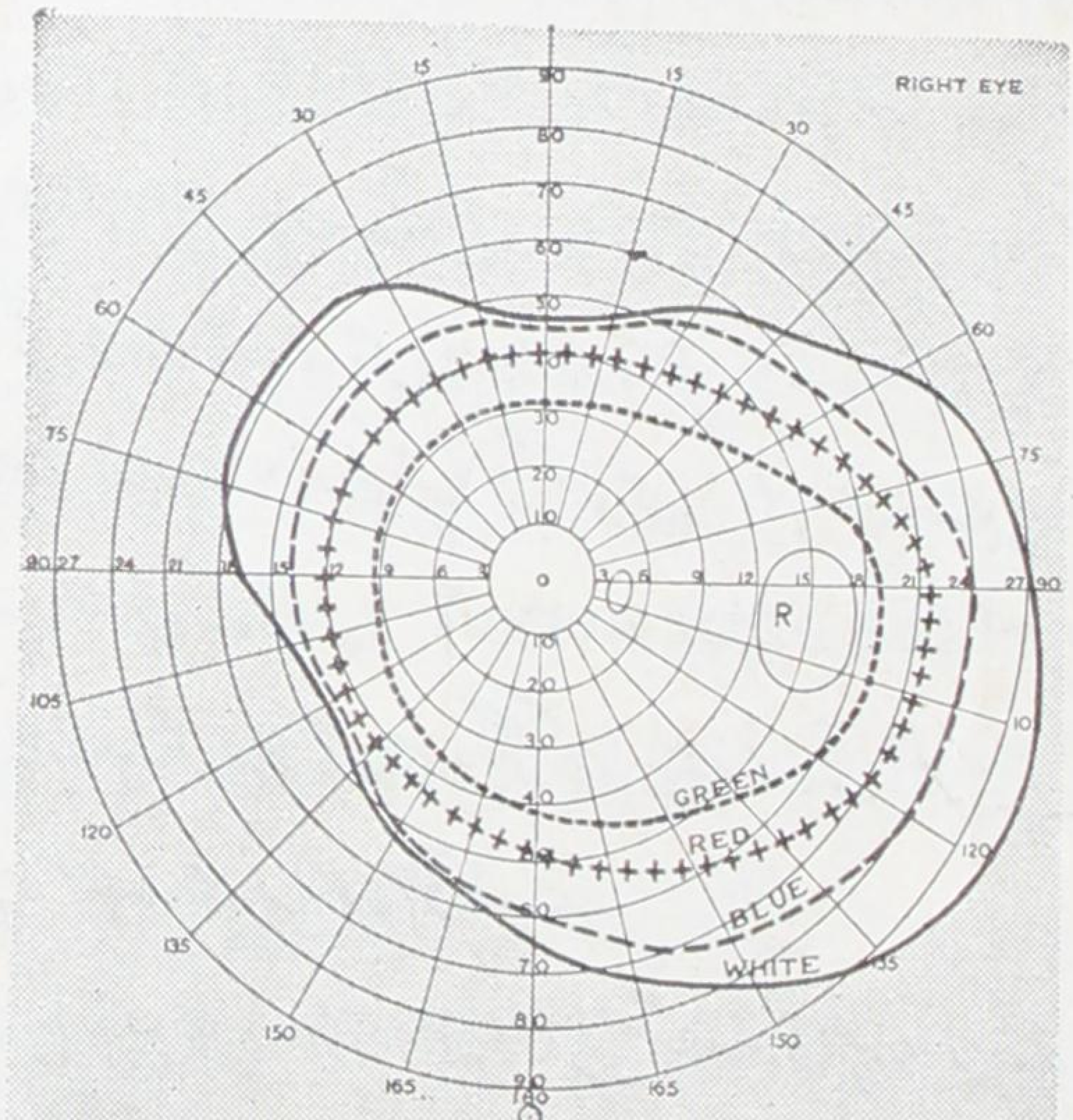
قرطاس (نقشہ) پر امتحانی شئے کی جسامت اور رنگ، تنویر کی

نوعیت، نقطۂ تثبیت سے آنکھ کا فاصلہ، میدانِ نظر کے امتحان کی تاریخ، اور مریض کا نام، یہ جملہ امور نوٹ کر دینا چاہیے۔ اب بہت سی امتحانی اشیا کی درجہ بندی اِس اعتبار سے کی جاتی ہے کہ اِن سے کسی معیّن فاصلہ سے پردۂ شبکیہ پر کتنے درجہ کا زاویہ بنتا ہے، (یعنی ایک درجہ، دو درجہ وغیرہ کا)۔ یا امتحانی شَے کی جسامت کو اور اُس فاصلہ کو جہاں سے اُس سے کام لیا گیا ہو، بہ سہولت ایک کسر کی صورت میں ظاہر کیا جا سکتا ہے، مثلاً $\frac{5}{330}$ سے یہ مراد ہے کہ ۵ ملی میٹر جسامت کی شَے کو $\frac{1}{3}$ میٹر یا ۳۳۰ ملی میٹر کے معمولی محیط پیمائی فاصلہ سے استعمال کیا گیا۔

طبعی میدانِ بصارت کی وسعت۔ ۵ ملی میٹر (جسامت) کی یا ایک درجہ (کا زاویہ بنانے) والی سفید امتحانی شَے کے لیے میدانِ بصارت کی وسعت صدغی جانب پر ۹۰ درجہ (یا زائد) ہوتی ہے، اور دوسری جانبوں میں یہ وسعت نسبتہً کم ہوتی ہے، جس کی وجہ ایک تو یہ ہے کہ ناک اور بھوؤں کے سبب سے مزاحمت ہوتی ہے، اور دوسری یہ کہ شبکیہ کے مُدرِک طبقات (percipient layers) صدغی جانب پر اُس قدر آگے تک نہیں پھیلتے جس قدر آگے انفی جانب پر پھیلتے ہیں۔ اَنفی جانب پر میدانِ بصارت ۶۰ درجہ تک پھیلتا ہے، اوپر ۶۰ درجے نیچے ۷۰ درجے (شکل ۲)۔

میدانِ بصارت کی حدود، امتحانی شَے کی جسامت اور رنگ، شدّتِ تنویر، امتحانی شَے اور اُس کے ماحول کے درمیان تضاد، آنکھ کے توافق (adaptation) کی حالت، ، کے اشتراکِ عمل، ان سب چیزوں کے لحاظ سے

میدانِ بصارت میں امراضیاتی تغیرات۔ یہ تحدید (limitation) اور نقائص (defects) پر مشتمل ہوتے ہیں۔ تحدیدات تمام سمتوں میں مساوی انقباض (concentric contraction = ہم مرکز انقباض) کی شکل میں (شکل ۲۴۰)، یا بےقاعدہ انقباض (irregular contraction) کی شکل میں (شکل ۱۸۲) ہو سکتی ہیں، یا میدان کا کچھ حصّہ



شکل ۲۰۔ سپید شے اور رنگوں (نیلے، سُرخ اور سبز) کے لئے طبعی میدانات۔

ایک جانب یا دوسری جانب کم ہو جاتا ہے۔

ہم مرکز انقباض (concentric contraction)

محیط کے تمام حصّوں کو مماثل طور پر متاثر کرتا ہے۔ جب یہ بہت زیادہ [illegible] ہے کہ بجز مرکزی بصارت کے اور کچھ باقی نہ رہے

شکل ۲۴۰)۔ چنانچہ ایسا انقباض جس میں مرکزی بصارت اچھی طرح سے محفوظ رہتی ہے، خاصکر لونی التہابِ شبکیہ (retinitis pigmentosa) میں پایا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ انقباض محیط کی صرف ایک ہی جانب کو ماؤف کرے۔ ایسی صورتوں میں ہم اسے صدغی (temporal) یا انفی (nasal) انقباض یا بالائی یا زیریں انقباض کہتے ہیں۔ جب میدان کا نصف حصہ معدوم ہو (شکل ۲۴۴) تو نیم بصری (hemianopsia) پیدا ہو جاتی ہے (صفحہ 318)۔ بعض وقت انقباضات قطاعی شکل کے (sector-shaped) ہوتے ہیں۔ ایسی صورت میں یہ نقص ایک مثلث کی شکل کا ہوتا ہے جس کا قاعدہ محیطی ہوتا ہے۔ بعض عوارض استبصاری میدان (visual field) کے ممیز و مخصوص انقباضات پیدا کر دیتے ہیں، مثلاً عصبِ بصری کے ذبول (atrophy of the optic nerve) میں ہم مرکزی انقباض ہوتا ہے۔ گلاکوما یعنے زرق الماء میں انقباض عموماً انفی جانب پر سب سے زیادہ ہوتا ہے۔

19

ظلمہ یا تیرہ (scotoma) استبصاری میدان کے اندر کا نقص ہے۔ ایک فعلیاتی ظلمہ (physiological scotoma) نقطۂ کور (blind spot) ہے، جو نقطۂ تثبیت (point of fixation) کی صدغی جانب تقریباً ۱۵ درجہ پر واقع، اور عصبِ بصری کے مدخل سے متناظر ہوتا ہے (شکل ۲۰ میں چھوٹا بیضوی حلقہ)۔ ظلمات کو اُن کے مقام کے لحاظ سے مرکزی (central) اور محیطی (peripheral) میں تقسیم کیا جاتا ہے۔ مرکزی ظلمہ کی جائے وقوع نقطۂ تثبیت سے متناظر ہوتی ہے (شکل ۲۳۹) اور جب یہ بہت زیادہ نمایاں ہوتا ہے تو مرکزی بصارت میں مزاحم ہوتا

یا اُسے بالکل زائل کر دیتا ہے۔ اِس کی مثال وہ ظلمہ یا تیرہ ہے جو لطخۂ اصفر (macula) کے مقام پر نزف (hæmorrhage) کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ نزد مرکزی ظلمہ (paracentral scotoma) [مثلاً وہ جو ابتدائی تنباکی غطش (tobacco amblyopia) میں ہوتا ہے] نقطۂ تثبیت کی ایک جانب پر واقع ہوتا ہے، اور اِس نُقطے کے گرد ایک حلقہ یا حلقہ نما ظلمہ ہوتا ہے (مثلاً لونی التہابِ شبکیہ retinitis (pigmentosa: محیطی ظلمہ (peripheral scotoma) بصارت میں بہت کم اختلال پیدا کرتا ہے، اور مریض کے علم کے بغیر بھی موجود ہو سکتا ہے خصوصاً جبکہ وہ نقطۂ تثبیت سے دور واقع ہو۔ اِس قسم کے ظلمہ کی مثال مُنتشر التہابِ مشیمہ (disseminated choroiditis) میں پائی جاتی ہے (شکل ۱۶۶، صفحہ 194)۔

20

ظلمات یا تو مثبت (positive) ہو سکتے ہیں یا منفی (negative)۔ مثبت اُس وقت جبکہ مریض اُنھیں اپنے میدانِ نظر میں سیاہ دھبّوں کی طرح دیکھتا ہے، اور منفی اُس وقت جبکہ وہ استبصاری میدان میں نقائص کے طور پر موجود رہتے ہیں، مگر جب تک کہ استبصاری میدان کا امتحان نہ کیا جائے خود مریض کو اُن کا ادراک نہیں ہوتا۔ مثبت ظلمات وسائط (media) کے تغیرات یا شبکیہ کی تبدیلیوں کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ اگر زجاجیہ (vitreous) میں عتمات (opacities) موجود ہوں تو یہ ظلمات خود بخود متحرک (motile) ہوتے ہیں۔ چنانچہ سماد یریا ترمرے (muscæ volitantes) اِنھیں نقائص کی ایک قسم کو ظاہر کرتے ہیں۔ منفی ظلمات (negative scotomata)

مطلق (absolute) ہوسکتے ہیں (اِس حالت میں ناقص رقبہ میں ادراکِ نور بالکل زائل ہوجاتا ہے)، یا اضافی (relative) (اِس حالت میں اِس رقبہ میں ادراکِ نور محض کم ہوجاتا ہے، یا بعض رنگوں کا ادراک ہوتا ہی نہیں)۔ سمّی تخطش (toxic amblyopia) ایسے ظلمہ کی مثال ہے جو مرکزی بھی ہے، اضافی بھی ہے، اور اکثر منفی بھی ہوتا ہے (شکل ۲۳۹)۔

اِستبصاری میدان کے اُن مرکزی اور متجاوز المرکز نقائص کی شناخت کے لئے جو ۳۰ درجوں کے نصف قطر کے اندر اندر ہوں، اور نقطۂ کور کی جسامت کی تخمین کے لئے، ۲ ملی میٹر والی سپید اور رنگین امتحانی اشیاء استعمال کی جاتی ہیں، اور امتحان بجائے محیط پیمائی قوس کے ایک مسطح سطح کی وساطت سے عمل میں لایا جاتا ہے۔ اِس مقصد کے لئے ہم ایک بیرومی پردہ (Bjerrum's screen) یا اُس کی کثیر التعداد ترمیمات میں سے کوئی ایک ترمیم استعمال کرسکتے ہیں۔ بعض اوقات چھوٹے چھوٹے مرکزی نقائص کے لئے مجسمہ بینی نقشے (stereoscopic (Haitz) charts) کارآمد ہوتے ہیں۔

بیرومی پردہ، ۲ مربع میٹر کا ایک کالا کپڑا ہے جو ایک فریم یا چوکھٹے میں لگا ہوا ہوتا ہے۔ مریض کو اِس سے ۲ میٹر فاصلہ پر بٹھایا جاتا ہے۔ اِس کے بجائے ایک مربع میٹر کا نسبتہً چھوٹا پردہ بھی استعمال کرسکتے ہیں، مگر اِس صورت میں مریض کو ایک میٹر فاصلہ پر بٹھانا چاہئے۔ ہم ۱ تا ۳ ملی میٹر کی امتحانی شئے (کالے ڈنڈے پر ایک سفید گولہ) استعمال کرتے ہیں۔ مریض کی ایک آنکھ ڈھانک دی جاتی ہے، اور دوسری آنکھ سے وہ پردہ کے مرکز میں ایک سپید دھبّہ پر نظر جماتا ہے۔ امتحانی شئے مختلف

خطوطِ نصف النہاری میں محیط سے مرکز کی طرف لائی جاتی ہے، اور اُن نقطوں (مقامات) پر جہاں وہ غیر مرئی ہو جاتی ہے، نیز اُن پر جہاں وہ پھر نظر آنے لگتی ہے، سیاہ سر والی آلپین لگا کر نشانات قائم کرلئے جاتے ہیں۔ پھر اندراج محفوظ رکھنے کی غرض سے اِس امتحان کے نتیجہ کو ایک قرطاس (نقشہ) پر منتقل کرلیا جاتا ہے، جس کو ایک سادہ اور آسان عمل بنانے کے لئے آج کل بہت سی ترکیبیں مستعمل ہیں۔ ان میں سب سے بہتر سِنکلیر کا قاعدہ (Sinelair's rule) ہے۔ اِس میں اُن فاصلوں کو جو نقطۂ تثبیت سے باہر کو جاتے ہیں، مناسب درجات میں تبدیل کرلیا جاتا ہے۔ مختلف نصف النہاری خطوط بھی اِس قاعدے میں ظاہر کئے جاتے ہیں۔ چونکہ اِس محیط پیمائی امتحان کے مقابلہ میں آنکھوں اور پردہ کے درمیان زیادہ فاصلہ رکھا جاتا ہے، لہذا نقص کا اِضلال (projection) نسبتًہ زیادہ بڑا ہوتا ہے اور اِسی واسطے اُس کی شناخت ابتدا ہی میں (جلدتر) ممکن ہوتی ہے۔

21

حِسِ لون

(COLOUR SENSE)

بحیثیت مجموعی حسِ لون (یعنے مختلف رنگوں کو تمیز کرنے کی قوت) کی تفتیش جن طریقوں سے کی جاتی ہے اُن کا بیان اکیسویں باب میں آئے گا۔

جن طریقوں سے مرکزی ادراکِ لون (central perception of colour) کا امتحان کیا جاتا ہے، اُنکا بیان صفحہ 309 پر درج ہے۔ میداناتِ لون

کی محیطی وسعت کی تحقیق کے لئے چھوٹی چھوٹی اشیاء استعمال کی جاتی ہیں، مثلاً رنگین کاغذ کے مربعات (squares) یا چھوٹے چھوٹے رنگین لٹّو جن کا قطر ۵ یا ۱۰ ملی میٹر ہو۔ یہ چیزیں محیط پیما میں رکھ کر یا امتحانِ میدان کے دوسرے زیادہ موٹے (سرسری) طریقوں میں، محیط سے مرکز کی طرف لائی جاتی ہیں۔

میدانِ الوان (field for colours) سپید چیزوں کے میدان کی نسبت چھوٹا ہوتا ہے، مگر اُس کی عام شکل ویسی ہی ہوتی ہے۔ مختلف رنگوں کا میدان مختلف ہوتا ہے، چنانچہ نیلے رنگ کا میدان سب سے بڑا، سُرخ کا اُس سے کم، اور سبز کا سب سے چھوٹا ہوتا ہے۔ اِن کی حدود (جو شکل ۲۰ میں درج ہیں) اُن نقطوں سے متناظر ہوتی ہیں جہاں سے رنگوں کی تمیز ہو سکتی ہے، نہ کہ اُن نقطوں سے جہاں سے کسی حرکت کرنے والی شے کی محض موجودگی کا ادراک ہوتا ہے۔ اِس امر سے کہ امتحانی شے کی چمک، دمک یا رنگ سیری (colour saturation) کس درجہ کی ہے، میدان کی جسامت پر نمایاں اثر پڑتا ہے۔ لونی میدانوں کا امتحان نہایت اہم چیز ہے، کیونکہ اکثر ایسا پایا گیا ہے کہ رنگوں کے میدان کا انقباض (کمی) سپیدی کے میدان کے انقباض سے پہلے ہی موجود ہوتا ہے۔ یہ نسبتہً زیادہ نازک امتحان ہے، اور اِس کے ذریعہ قوّتِ بصارت کی کمی کی شناخت اُس وقت سے پہلے ہو سکتی ہے جبکہ یہ کمی اسقدر نمایاں ہو جائے کہ سپیدی کے میدان کو ماؤف کرنے کے لئے کافی ہو۔ لیکن ہمیں ایسے میدانوں کی صحت پر حد سے زیادہ اعتماد نہیں رکھنا چاہیے، کیونکہ اِن کا انحصار بڑی حد تک مریض کی سمجھ پر

ہوتا ہے۔

حِسِّ نور

(LIGHT SENSE)

شدّتِ تنویر (چمک دمک) کے درجات کے ادراک کی طاقت کو حسِّ نور (light sense) کہتے ہیں۔ ہم یا تو تنویر کی اُس اقل حد کی تعیین کرتے ہیں جس حد تک کوئی شے اب بھی مرئی (visible) ہے (قلیلۂ نور L.M.=light minimum:) یا تنویر کے اُس صغیر ترین فرق کی جو محسوس کیا جا سکے (فرقِ نور L.D.=light difference:)۔ نیز چمکدار روشنی میں سے اندھیرے میں، یا اندھیرے سے تیز روشنی میں جانے میں بصارت میں بہت مزاحمت ہوتی ہے، اور نظر کے طبعی (معمولی) ہونے میں کچھ نہ کچھ عرصہ لگتا ہے۔ اس مطابقتِ نظر کو توافق (adaptation) کہتے ہیں۔ حسِّ نور کی تخمین ایک آلہ سے کی جاتی ہے، جسے نور پیما (photometer) کہتے ہیں، یا ایک قرطاس (نقشے) کے ذریعہ سے، جس پر مختلف الکثافت رمادی رنگ کی زمین پر رمادی رنگ کے حروف چھپے ہوئے رہتے ہیں۔

22

عصبِ بصری (optic nerve) اور شبکیہ کے امراض میں، نیز زرق الماء (گلاکوما) میں، حسِّ نور کم ہو جاتی ہے۔ اُن حالتوں میں جن کے ساتھ شب کوری (night blindness) (رتوند) موجود ہو (مثلاً لونی التہابِ شبکیہ retinitis pigmentosa: میں) حسِّ نور کی نمایاں کمی پائی جاتی ہے۔ مگر حسِّ نور کی تقلیل ہمیشہ روشن نگاہی یا

تیزیٔ نظر (acuteness of vision) کے ساتھ متناسب نہیں ہوتی ہے۔
آنکھ کے ذاتی تحرک (motility) کے امتحان کا بیان ۲۶ ویں،
۲۷ ویں، اور ۲۸ ویں بابوں میں درج ہے۔

23

باب سوم

معروضی امتحان چشم جو تاریک حجرہ میں عمل میں لایا جاتا ہے

تاریک حجرہ کے امتحان میں مندرجۂ ذیل مراحل شامل ہیں :

(۱) تنویر مؤرب (Oblique illumination) کرۂ چشم کے سامنے کے حصّوں کے طبعی امتحان کے لئے۔

(۲) چشم بین کو فاصلہ پر رکھکر امتحان (Examination with the ophthalmoscope at a distance)، جو کرۂ چشم کے وسائط (media) کے استقصا (exploration) اور اِس امر کی تعیین کے لئے کیا جاتا ہے کہ آیا آنکھوں کی دوچشمی تثبیت (binocular fixation) واقع ہوتی ہے یا نہیں۔

(۳) چشم بینی کا بالواسطہ طریقہ (Indirect method of ophthalmoscopy)، قعرِ چشم (fundus) کے

امتحان کے لئے۔ اِس میں ایک مُرتکس یعنے اُلٹی تصویر (inverted picture) حاصل ہوتی ہے، جس کی تکبیر (magnification) ادنیٰ ہوتی ہے۔

(۴) چشم بینی کا بلاواسطہ یا راست طریقہ (Direct method of ophthalmoscopy)، قعرِ عین کے امتحان کے لئے، جس میں تصویر سیدھی اور زیادہ مکبّر (magnified) دکھائی دیتی ہے۔

(۵) عبوری تنویر (Transillumination)۔

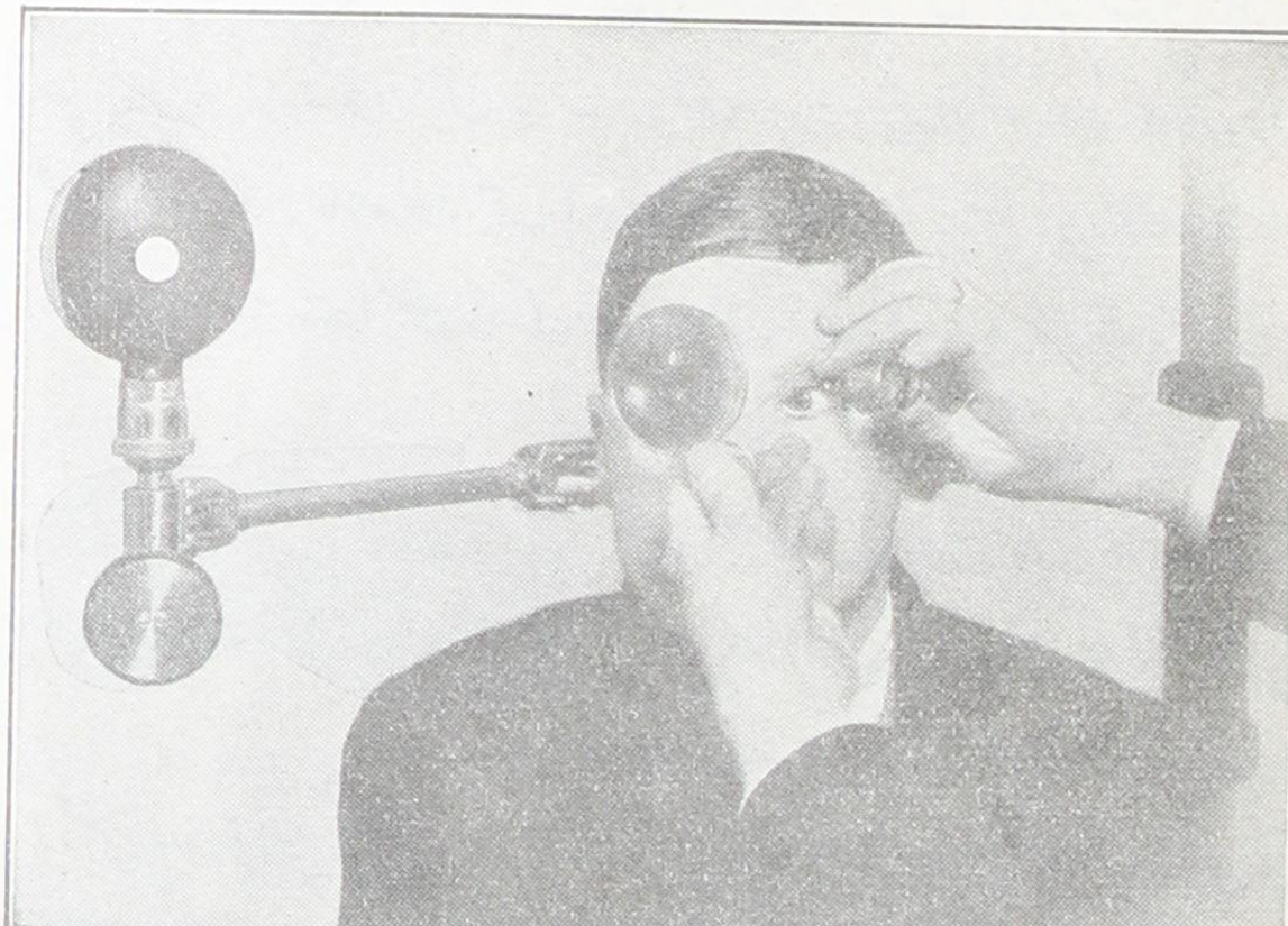
(۶) قرنیتی خُرد بین (Corneal microscope) اور شگافی چراغ (slit-lamp) کے ذریعہ امتحان۔

امتحان کے حُجرے کی دیواریں سیاہ ہونی چاہئیں، اور بجز اُس روشنی کے جو مرجن (ممتحن) کے چراغ سے حاصل ہوتی ہے اِس حُجرے سے تمام روشنی خارج کر دینا چاہئے۔ مبدءِ تنویر جو عموماً پسند کیا جاتا ہے ایک برقی روشنی ہے جو ایک ہرجہتی دیوارگیر (universal bracket) پر لگی ہوئی ہوتی ہے۔ اِس میں یہ آسانی ہوتی ہے کہ روشنی کو مریض کے ہر جانب رکھ سکتے ہیں اور جب چاہیں اوپر یا نیچے لا سکتے ہیں۔ مریض کو بٹھا دینا چاہئے، اور ممتحن خواہ کھڑا رہے یا بیٹھا رہے۔

تنویر موٗرب

موٗرب، جانبی، یا ماسکی تنویر (Oblique, lateral or focal illumination) ۔ قرنیہ، خزانۂ مقدم (anterior chamber)، قزحیہ (iris) اور عدسہ (lens) کے دقیق امتحان اور

استقصا[1] کے لئے ایک نہایت قیمتی ذریعہ ہے۔ ۲ یا ۳ انچ ماسکہ والے قوی محدب عدسہ کے ذریعہ آنکھ پر روشنی اِس طرح سے مرتکز[2] کی جاتی ہے کہ روشنی کے مخروط[3] کا راس اُس شئے سے متناظر رہے جس کا امتحان کرنا ہے (شکل ۲۱)۔ مبداءِ تنویر تقریباً ۱۸ انچ کے فاصلہ پر مریض کی جانب کو، اُس سے



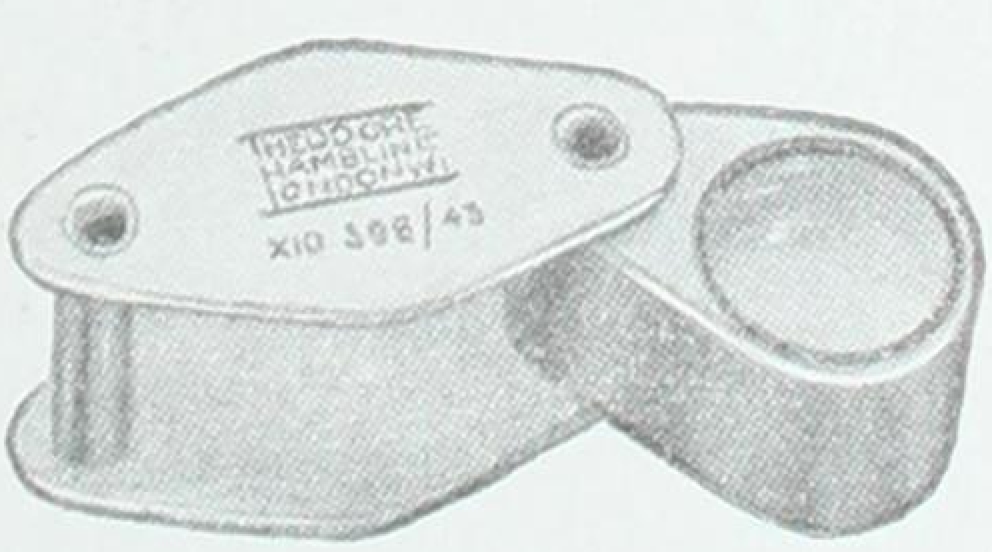
شکل ۲۱۔ تنویر مؤثر اور لوپ کے ذریعہ امتحان۔

24

کئی انچ آگے بڑھا ہوا، اور آنکھ کے لیول پر ہونا چاہیئے۔ انگوٹھے اور انگشتِ شہادت کے درمیان عدسہ کے کنارے کو، یا اُس کے دستہ کو، پکڑ کر اِس طرح رکھا جائے کہ اُس کی سطحیں اُس سمت کے ساتھ، کہ جس

۱۔ استقصا (exploration) ۲۔ مرتکز (concentrated) ۳۔ مخروط (cone)

سمت سے روشنی آرہی ہے، زاویۂ قائمہ بنائیں۔ اور چھنگلیا (خنصر[1]) کو مریض
کے چہرہ کی جانب پر ٹکا کر عدسہ کو اپنی جگہ پر قائم (غیر متحرک) رکھ سکتے ہیں۔
ایک آنکھ کا امتحان ہوجانیکے بعد، اِس سہارا دینے والی چھنگلیا کو اپنی جگہ
سے ہٹائے بغیر، ہم مریض کے سر کو قدرے روشنی کی طرف ہٹا دیتے ہیں،
تاکہ اُس کی دوسری آنکھ پر روشنی پڑنے لگے۔ روشنی کسی جانب بھی رکھ سکتے
ہیں۔ چنانچہ اگر روشنی دائیں جانب ہو تو عدسہ کو بائیں ہاتھ سے اور اگر روشنی
بائیں جانب ہو تو عدسہ کو دائیں ہاتھ سے پکڑنا چاہیے۔ قرنیتی مکبّر (corneal
magnifier) سے امتحان کے دوران میں، اکثر پسندیدہ طریقہ یہ ہوسکتا ہے
کہ روشنی ترچھے رُخ میں مریض کی ناک
پر سے عبور کرتی ہوئی اُس آنکھ پر ڈالی جائے
جس کا امتحان کیا جا رہا ہے، تاکہ مُمتحن کو
مریض کے چہرے کے سامنے نہ رہنا پڑے۔
ایسی صورت میں سرجن (مُمتحن) اُس جانب
پر کھڑا رہتا ہے جس جانب کی آنکھ کا وہ



شکل ۲۲۔ قرنیتی مکبّر
(corneal magnifier)

امتحان کر رہا ہے۔ قرنیہ کا امتحان کر لینے کے بعد عدسہ کو مریض کی آنکھ سے
اور قریب لایا جاتا ہے، تاکہ روشنی کے مخروط کا راس اُن عمیق تر ساختوں سے
متناظر ہے جنکی تفتیش مقصود ہے۔

اگر ہم مریض کی آنکھ کے سامنے ایک دوسرا قوی محدّب عدسہ (لُوپ
(loupe: جو ۸ یا ۱۰ گُنا تکبیر کر دیتا ہو)، اُس کے ماسکی فاصلہ (۱ یا ۲ اِنچ) پر

---

[1] خنصر (little finger)۔

پکڑ رکھیں تو اس ترکیب سے منور رقبہ کی تکبیر ہو کر ہمیں اور بھی زیادہ تفصیلات حاصل ہو سکتے ہیں۔

تنویر بوسے قرنیہ، رطوبت مائیہ (aqueous) یا عدسہ کے عتمات (opacities) حدقۂ چشم یعنے پتلی کی سیاہ زمین پر رمادی مائل یا سپید دھبوں کی طرح نظر آتے ہیں (اشکال ۲۸-۳۰-۳۲-۳۴ صفحہ ۲)۔

چشم بین

(OPHTHALMOSCOPE)

چشم بین کو ہیلم ہالٹز (Helmholtz) نے ۱۸۵۱ء میں ایجاد کیا۔ اس سے پہلے ہمیں اس امر کے متعلق عملاً کوئی معلومات حاصل نہ تھے کہ دورانِ حیات میں اندرونِ چشم (interior of the eye) کی کیا حالت ہوتی ہے۔ اس ایجاد کی اہمیت نہ صرف اس امر میں ہے کہ ہم اس کی بدولت اندرونِ چشم کا استقصا (تفتیش و جستجو) کر سکتے ہیں، بلکہ اس امر میں بھی کہ اس کی وساطت سے ہم قعرِ چشم (fundus) کے تغیرات کو شناخت کر سکتے ہیں، جس سے ممکن ہے کہ ہمیں عام نظامِ جسم کے امراض کی تشخیص کے متعلق قیمتی معلومات حاصل ہو جائیں۔

چشم بین دو قسموں کی ہوتی ہے:

۱۔ معمولی عاکس قسم (reflecting form) جس میں مبدءِ تنویر آزاد یا علیحدہ ہوتا ہے۔

۲۔ از خود منور قسم (self-luminous type) جس میں مبدءِ تنویر

خود اس آلہ کے اندر موجود ہوتا ہے۔

اس آلہ کا اہم حصہ ایک سوراخدار آئینہ ہے، جو ایک بسہولت گرفت دستہ پر نصب ہوتا ہے، اور اس کے پیچھے ایک قرص (disc) لگا ہوا ہوتا ہے جس میں محدب اور مقعر عدسے موجود ہوتے ہیں۔

کرۂ چشم کے اندرون (اندرونی حصے) میں روشنی منعکس کرنے کے لئے آئینہ کارآمد ہوتا ہے، اور اس روشنی کا ایک حصہ مریض کی آنکھ سے واپس ہونے کے بعد، چشم بین کے سوراخ میں سے گذر کر معائنہ کنندہ (مشاہد) کی آنکھ میں داخل ہوجاتا ہے۔ معمولی چشم بین میں عموماً مقعر اور مدور آئینے کام میں لائے جاتے ہیں: ایک نسبتہً بڑا جو بالواسطہ امتحان (indirect examination) میں استعمال کیا جاتا ہے، اور ایک نسبتہً چھوٹا، جھکایا ہوا[1] (جو دائیں طرف یا بائیں طرف گھمایا جاسکتا ہے، تاکہ روشنی اس کے محل وقوع کے لحاظ سے منعکس کی جاسکے)، جو بلاواسطہ یعنے راست امتحان (direct examination) میں استعمال کیا جاتا ہے۔ بڑے اور چھوٹے مستوی آئینے (plane mirrors) دونوں مخصوص امتحانات کے لیے مستزاد کئے جاسکتے ہیں، جن کے لئے چنداں تیز تنویر کی ضرورت نہیں ہوتی۔

عدسہ بردار قرص (lens disc) آئینے کے پیچھے لگا ہوتا ہے۔ اس قرص میں ایک سلسلۂ عدسات موجود ہوتا ہے، جس کے عدسے یکے بعد دیگرے علی الترتیب ضعیف سے قوی تک آتے ہیں۔ قرص کی دندانے دار کور پر

26

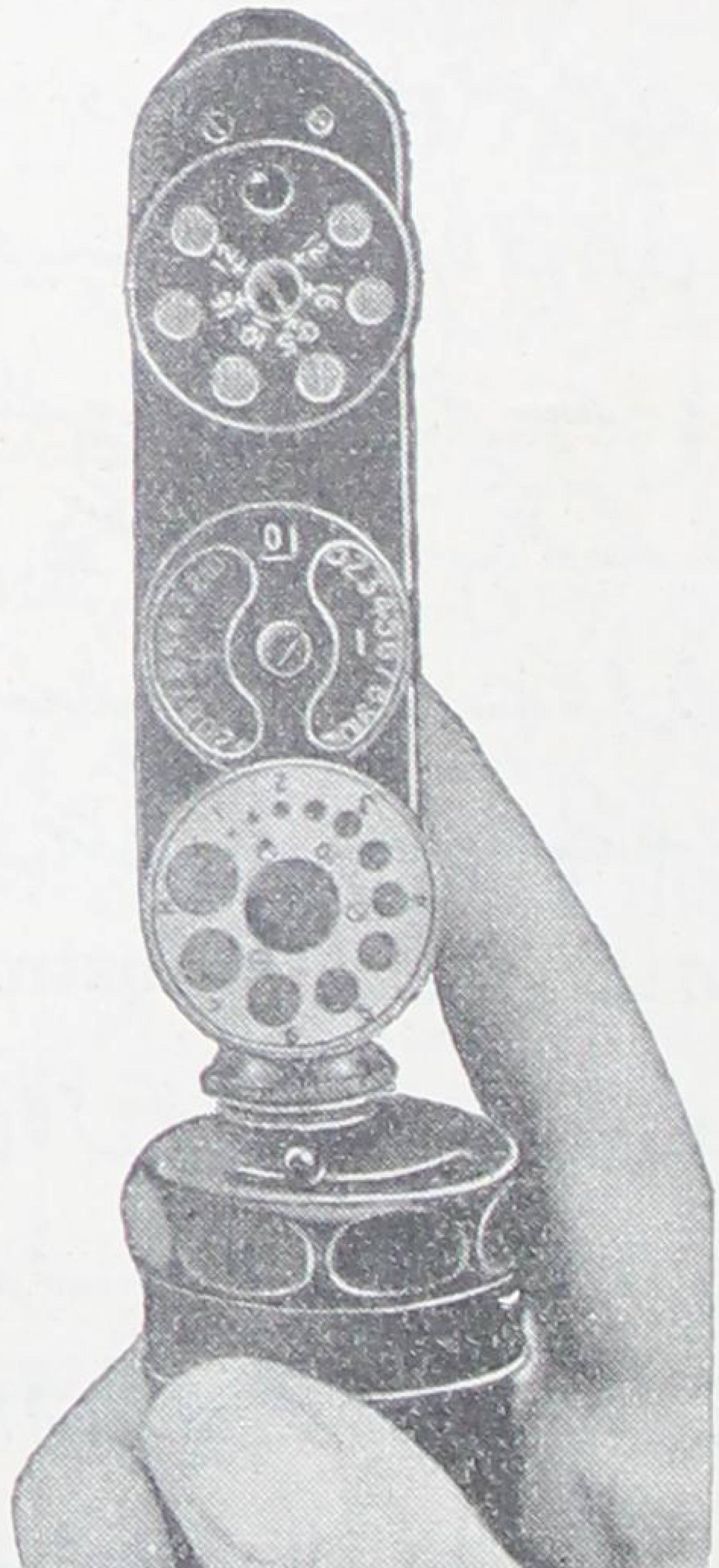
---

[1] جھکایا ہوا (tilted)۔

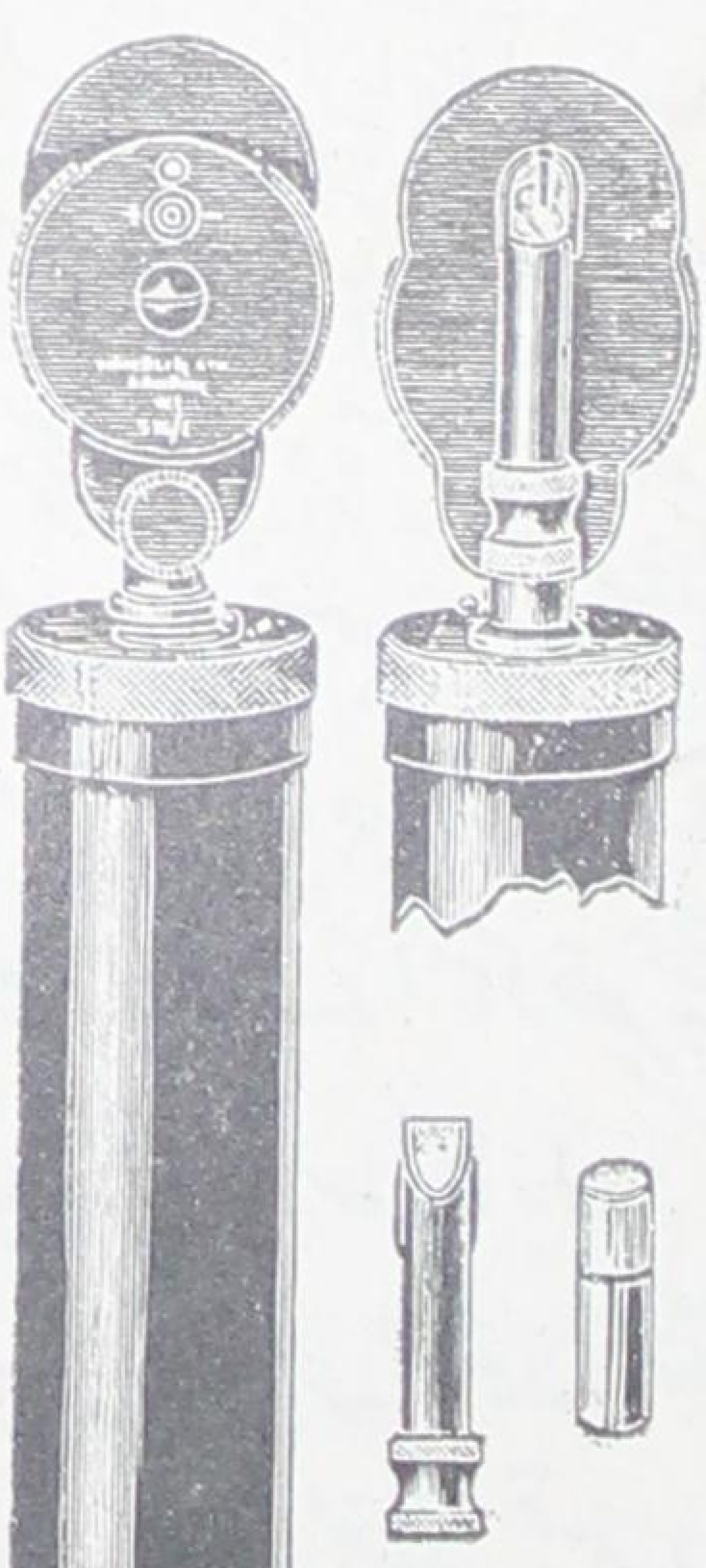
اُنگلی رکھکر اُس کے ذریعہ قرص کو پھرایا جاسکتا ہے، تاکہ آئینہ کے سوراخ کے پیچھے حسب خواہش کسی بھی عدسہ کو لاکر رکھ سکیں۔ ہر عدسہ کے مقابلہ میں اُس کا شمارہ رہتا ہے، جس سے اُس کی طاقت ڈایاپٹرز (dioptres) یعنی بصریوں میں ظاہر ہوتی ہے۔



شکل ۲۳۔ مورٹن (Morton) کی چشم بین۔



شکل ۲۴۔ مورٹن کے طرز کی چشم بین، جو خود منور (Self-luminous) ہے۔



شکل ۲۵۔ مے (May) کی برقی چشم بین۔

برقی چشم بین (electric ophthalmoscope) (اشکال ۲۴-۲۵)

ایک خود منوّر[1] آلہ ہے جس میں روشنی کی رو عموماً ایک خشک خانوی مورچہ[2] سے حاصل ہوتی ہے، جو اس کے دستہ میں موجود ہوتا ہے۔ اب یہ چشم بین عام طور پر بکثرت مستعمل ہے، اور طلبہ اور مزاولینِ فن[3] کے لئے خاص طور پر کارآمد ہوتی ہے، کیونکہ اِس آلہ کی مدد سے قعرِ چشم کا خاطر خواہ نظارہ دن کی روشنی میں بھی، بلاتکلّف، اور بدوں زیادہ خصوصی تربیت کے کیا جاسکتا ہے، اور پُتلی کو پھیلانے کی ضرورت بھی نسبتہً کم لاحق ہوتی ہے۔ مریض کا امتحان بستر پر کرنا ہو تو اس کے لئے یہ ایک ناگزیر چیز ہے۔ بایںہمہ یہ معمولی چشم بین کا بدل کُلّی طور پر نہیں ہو سکتی، اور طالبِ علم کے لئے قرینِ مصلحت یہی ہے کہ وہ معمولی چشم بین کے طریقۂ استعمال سے کامل طور پر واقف ہو جائے۔

کسی برقی چشم بین سے تشفی بخش نتائج حاصل کرنے کے لئے ضروری ہے کہ اُسکی مطابقت اور درستی (adjustment) کرنے میں چند اہم احتیاطوں سے کام لیا جائے، تاکہ قعرِ چشم کی کامل تنویر یقینی طور پر حاصل ہو سکے۔ اِس قسم کی ہدایتیں آلہ ساز کارخانہ کی طرف سے بہم پہنچائی جاتی ہیں، یا بہم پہنچائی جانی چاہئیں، اور یہ مختلف اقسام کی چشم بینوں کی صورت میں مختلف ہوتی ہیں۔ جب مختلف قسموں کے امتحان (بلاواسطہ، بالواسطہ، وغیرہ) کے لئے ایک بار تنویر کی صحیح صحیح مطابقت یا درستی (adjustment) کر لی جاتی ہے تو طریق کار وہی ہوتا ہے جو غیر منوّر چشم بین[4] استعمال کرنے میں اختیار کیا جاتا ہے۔

---

[1] خود منوّر (self-illuminating) [2] خشک خانوی مورچہ (dry-cell battery)

[3] مزاولین فن (practitioners)۔

[4] غیر منوّر چشم بین (non-luminous ophthalmoscope)۔

27

چشم بین کے ذریعہ امتحان

(OPHTHALMOSCOPE EXAMINATION)

قعرِ چشم کے امتحان سے پہلے ہمیں وسائط کی تفتیش کر لینی چاہیے۔ یہ ابتدائی مرحلہ اہم ہے، کیونکہ اِس سے اُن ترمیمات کی توجیہ ہوتی ہے جو اِس کے بعد کے طریقوں سے حاصل شدہ تصویر (منظر) میں پائی جاتی ہیں، یا اُن حالتوں میں جن میں وسائط کے اندر تغیرّات موجود ہوں اِس امر کی توضیح معلوم ہو جاتی ہے کہ قعرِ چشم کے دیکھنے میں کیوں ناکامی رہی۔ ایسے معلومات حاصل کرنے کے ایک طریقہ، یعنے تنویرِ مورّب (oblique illumination) کا بیان تو پہلے درج ہو چکا ہے، اور یہ طریقہ مقدم وسائط (anterior media) کے لئے خاص طور پر قابلِ اطلاق (موزوں) ہے دوسرا طریقہ حسب ذیل ہے:

چشم بین کے ذریعہ فاصلہ سے امتحان

اِس طریقہ سے تمام وسائط — قرنیہ، مائیہ (aqueous)، عدسہ (lens)، اور زجاجیہ (vitreous) کی تفتیش کی جا سکتی ہے۔ روشنی آئینہ سے مریض کی آنکھ کے اندر منعکس کی جاتی ہے اور وہ (روشنی) آنکھ کے پس منظر (background) سے واپس ہونے میں مریض کے وسائط میں سے گذر کر چشم بین کے سوراخ میں سے ہوتی ہوئی ممتحن کی آنکھ میں پہنچتی ہے۔

عاکس چشم بین (reflecting ophthalmoscope) کی صورت میں، مبدءِ تنویر مریض کے سر سے ذرا ہی اوپر رکھا جاتا ہے، تاکہ روشنی

مریض کی کنپٹی پر پڑے اور اُس کا چہرہ اندھیرے میں رہے ۔ مریض کا چہرہ
ممتحن کے سامنے رہتا ہے، اور ممتحن ٹھیک سامنے کھڑا یا بیٹھا رہتا ہے ۔
ممتحن چشم بین کو اپنی ایک آنکھ کے سامنے اِس طرح رکھتا ہے کہ اُس کے
سُوراخ میں سے ہوکر دیکھ سکے ۔ وہ چشم بین کو اپنی ناک کی ایک جانب پر
اور فوق المحجری[1] حاشیہ پر سہارا دیکر جمائے رکھتا ہے ۔ مریض اور ممتحن
کا درمیانی فاصلہ ۱۵ اِنچ کے قریب ہوتا ہے ۔

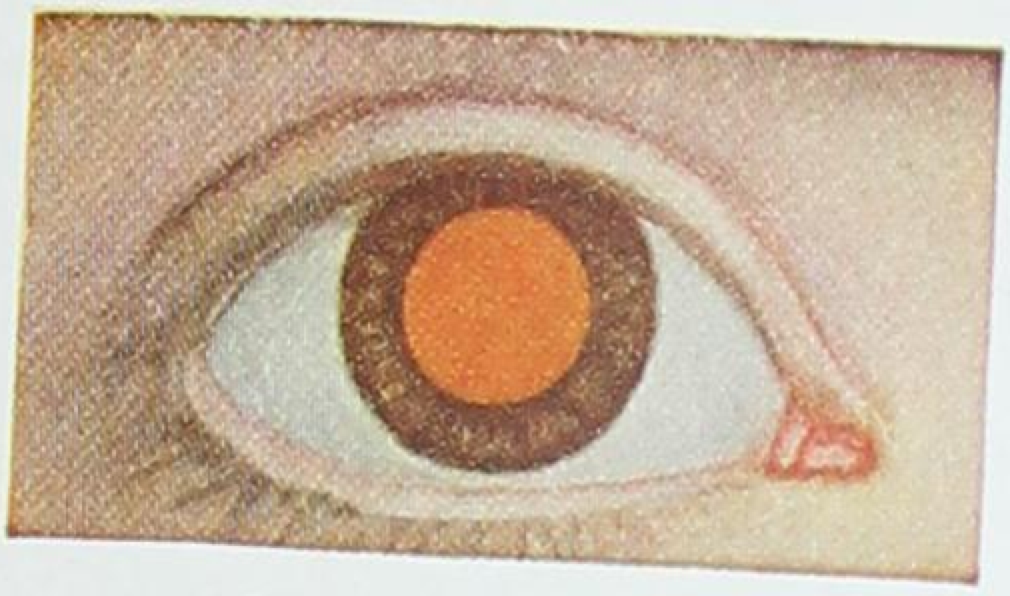
28

روشنی آئینہ سے بیمار کی آنکھ میں منعکس کی جاتی ہے ۔ جب یہ روشنی
مریض کی آنکھ کے پس منظر (خلفی سطح) پر پہنچتی ہے تو وہاں مشیمیتی عروق
(retinal & اور شبکیتی اور مشیمیتی لون (choroidal vessels)
choroidal pigment) کے تماس[2] کی وجہ سے اُس کا رنگ نارنجی سُرخ
ہوجاتا ہے ۔ یہ رنگین روشنی بیمار کی آنکھ میں سے واپس ہوکر، آئینہ میں کے
سوراخ کی وساطت سے ممتحن کی آنکھ میں داخل ہوجاتی ہے ۔ روشنی کا رنگ
امتحان کردہ شخص کے پس منظر کے رنگ کے لحاظ سے مختلف ہوا کرتا ہے،
اور اِس رنگ کا انحصار مشیمیتی اور شبکیتی لون کی افراط پر ہوتا ہے ۔ چنانچہ
ہلکے رنگ کے آدمیوں میں یہ روشنی نسبتہً زیادہ چمکدار اور صاف، اور دوسرے
اشخاص میں نسبتہً تاریک ہوتی ہے ۔ علاوہ بریں یہ تنویر کی مقدار سے بھی متاثر
ہوتی ہے ۔ اِسی واسطے جب پُتلی کو مصنوعی طور پر پھیلا دیا جائے تو یہ معکوسہ
(reflex) زیادہ چمکدار اور واضح نظر آتا ہے ۔ مریض سے کہا جاتا ہے کہ
وہ اپنی آنکھ کو مختلف سمتوں میں حرکت دے، اور اِس طریقہ سے وسائط کے

---

[1] ۔ فوق المحجری (supraorbital) ۔ [2] ۔ تماس (contact) ۔

صحفه ۲



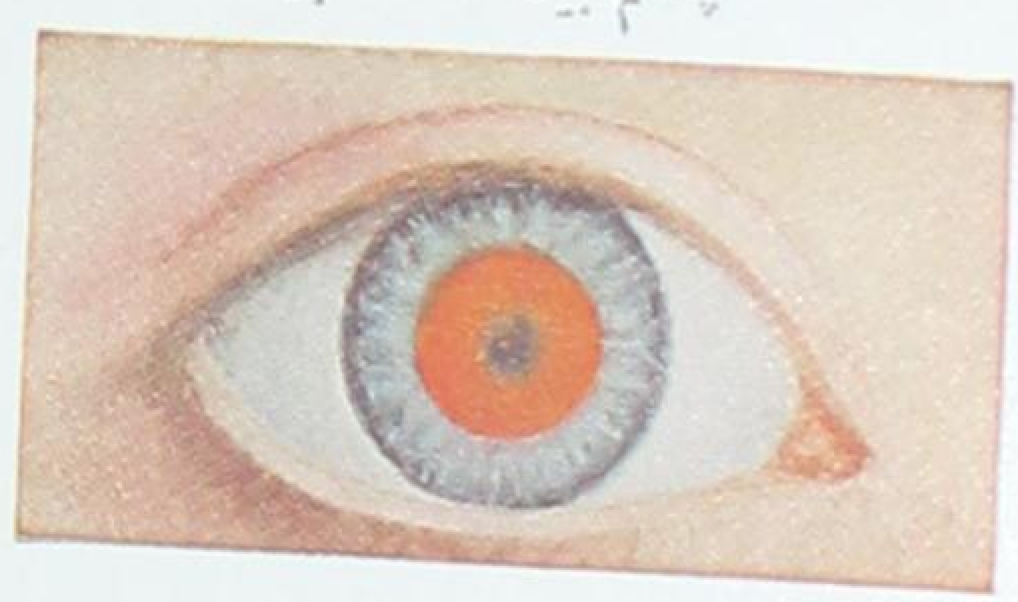
شکل ۲۶—طبعی قعری معکوسه
چشم بین فاصله پر



شکل ۲۷—نقص البصر میں قعری معکوسه
چشم بین فاصله پر



شکل ۲۸—قرنیه کی علمیت
تنویر مورب



شکل ۲۹—قرنیه کی علمیت
چشم بین فاصله پر



شکل ۳۰—شیخوخی نزول الماء (قشری)
تنویر مورب



شکل ۳۱—شیخوخی نزول الماء (قشری)
چشم بین فاصله پر



شکل ۳۲—شیخوخی نزول الماء (نواتی)
تنویر مورب



شکل ۳۳—شیخوخی نزول الماء (نواتی)
چشم بین فاصله پر



شکل ۳۴—وریقی نزول الماء
تنویر مورب



شکل ۳۵—وریقی نزول الماء
چشم بین فاصله پر

شکل ۲۶ تا ۳۵—وسائط کا امتحان، تنویر مورب کے ذریعه، اور چشم بین کو فاصله پر رکھکر۔ پتلی معتدل طور پر پھیلی ہوئی ہونی چاہئے۔

مختلف حصوں کا استقصا[1] اور تفتیش کی جاتی ہے۔ طبعی آنکھ میں ایک یکساں نارنجی سرخ معکوسہ حاصل ہوتا ہے (قعری معکوسہ = fundus reflex) (شکل ۲۶، صحفہ ۲)۔ اب اگر قعر کے عروق کی کوئی تفصیلات نظر آنے لگیں تو سمجھنا چاہئے کہ مریض کی آنکھ ناقص البصر (ametropic) ہے (شکل ۲۷، صحفہ ۲)۔ اگر مشاہد اپنے سر کو جانباً اِدھر اُدھر حرکت دے اور ایسا کرنے پر اُسے یہ عروق بھی اُسی جانب حرکت کرتے ہوئے نظر آئیں تو سمجھنا چاہیئے کہ مریض کی آنکھ طویل النظر (hypermetropic) ہے اور اگر حروف اِس کی مخالف سمت میں حرکت کرتے نظر آئیں تو سمجھنا چاہیئے کہ مریض کی آنکھ قصیر النظر (myopic) ہے۔

اگر وسائط میں سے کسی ایک واسطہ میں بڑے اور کثیف عتمات (opacities) موجود ہوں تو وہ پتلی کے رنگین پس منظر پر تاریک یا سیاہ دھبّوں کی طرح دکھائی دینگے۔ وہ سیاہ اِس وجہ سے ہوتے ہیں کہ وہ روشنی کے کچھ حصّے کے گذرنے میں سدِّ راہ ہوتے ہیں (اشکال ۲۹، ۳۱، ۳۳، ۳۵، صحفہ ۲)۔

وسائط کے عتمات یا تو قائم ہوتے ہیں، اور ایسی حالت میں وہ صرف آنکھ کے ساتھ حرکت کرتے ہیں، یا وہ حرکت پذیر (سابح = تیرتے ہوئے floating:) ہوتے ہیں، یعنے جب آنکھ کو تیزی کے ساتھ حرکت دے کر دفعتہً ٹھیرالیا جائے تو یہ عتمات اِدھر اُدھر تیرتے رہتے ہیں۔ آخر الذکر یعنے سابح عتمات زجاجیہ (vitreous) میں واقع ہوتے ہیں۔ وسائط کے

---

[1] استقصا (exploration)۔

عتمات کے محلِ وقوع کی تخمین اکثر تنویر مؤرب سے کی جا سکتی ہے۔ ایک دوسرا طریقہ یہ ہے کہ مشاہد اپنے سر کو ایک جانب سے دوسری جانب کو آہستہ سے حرکت دے اور دیکھے کہ اِس حرکت کے دوران میں وہ عتمت مریض کی پُتلی کے لحاظ سے کِدھر ہٹتی ہے۔ جب عتمت کوئی صریح حرکت ظاہر نہ کرے تو سمجھنا چاہیئے کہ وہ قزحیہ (iris) کے مستوی[1] میں ہے۔ جب وہ مخالف سمت میں حرکت کرتی ہوئی معلوم ہو تو وہ اِس کے سامنے ہے۔ اور جب وہ اُسی سمت میں حرکت کرتی ہوئی معلوم ہو تو سمجھنا چاہیئے کہ وہ اُس مستوی کے پیچھے ہے۔ ایک تیسرا طریقہ عتمت کی حرکت اور کرۂ چشم کی حرکت کے باہمی رشتہ پر مبنی ہے۔ چنانچہ اُس وقت جبکہ مریض اپنی آنکھ کو حرکت دے اگر عتمت آنکھ کے ساتھ (اُسی سمت میں) حرکت کرے تو اُسے (عتمت کو) کرۂ چشم کے مرکزِ تدویر (centre of rotation) کے سامنے ہونا چاہیئے (یہ مرکزِ تدویر زجاجیہ کے مقدم حصہ سے متناظر اور شبکیہ کے تقریباً ۱۰ ملی میٹر سامنے ہوتا ہے)۔ لیکن اگر وہ (عتمت) مخالف سمت میں حرکت کرے تو اُسے اِس نقطہ سے پیچھے ہونا چاہیئے۔ اور اگر اُس (عتمت) میں حرکت ہی نہ ہو تو اُسے ٹھیک مرکز پر ہونا چاہیئے۔ اِن دونوں طریقہائے امتحان میں صریح حرکت جس قدر زیادہ ہوگی، عتمت قزحیہ کے مستوی اور کرۂ چشم کے مرکزِ تدویر سے علی الترتیب اُسی قدر زیادہ دُور ہوگی۔

29

اس مرحلہ میں حَوَل (squint) کی موجودگی یا غیر موجودگی کی تعیین

---

[1] مستوی (plane)۔

اُن طریقوں کے ذریعہ کرنی چاہیئے، جن کا بیان صفحہ 412 پر کیا گیا ہے۔

وسائط اور قرحیہ کے تغیرات کی مزید تفصیل اِس طرح حاصل کیجا سکتی ہے کہ چشم بین کے ثقبۂ نظر (sight-hole) میں طاقتور (۵ تا ۲۰ بصریہ[1]) محدب عدسے رکھے جائیں، اور جیسے جیسے اِن عدسوں کی طاقت بڑھائی جائے چشم بین کو بتدریج آنکھ کے نزدیک لایا جائے۔

یہ امتحان عموماً طبعی جسامت کی پُتلی میں سے کیا جا سکتا ہے۔ مگر ممکن ہے کہ پُتلی کو پھیلانے کی ضرورت لاحق ہو۔ کوکین (cocaine) کے ۴ فیصد طاقت کے محلول کا ایک قطرہ ٹپکانے سے معتدل درجہ کا اِتساع (dilatation) حاصل کیا جا سکتا ہے۔ اِس سے ۱۵ دقیقوں (منٹ) کے بعد پُتلی پھیلکر کافی بڑی جسامت کی ہوجائے گی اور پھر اِس کے اثرات نصف گھنٹہ میں زائل ہوجائیں گے، اور اِس طرح مریض کو بھی کوئی تکلیف نہ ہوگی۔ یوفتھالمن (euphthalmin) کے پانچ فیصد طاقت کے محلول کا فعل زیادہ قوی ہوتا ہے، اور اِس کا اثر چند گھنٹوں میں زائل ہوجاتا ہے۔ ہوم ایٹروپین (homatropine) کے ایک فیصد محلول کا یا ایک فیصد ہوم ایٹروپین اور ایک فیصد کوکین کے آمیزے کا ایک قطرہ آنکھ میں ٹپکا دینے کے بعد اِس سے بھی زیادہ اِتساع ہوجاتا ہے۔ یہ ۲۰ تا ۳۰ دقیقوں میں اِتساعِ حدقہ (mydriasis) پیدا کر دیتے ہیں اور اِنکے اثرات ۲۴ سے ۴۸ گھنٹے تک باقی رہتے ہیں۔ چشم بینی امتحان کے لیے پُتلی کو پھیلانے کی غرض سے ایٹروپین (atropine) نہیں استعمال کرنا چاہیے۔ کوئی موسّعِ حدقہ دوا (mydriatic) استعمال کرنے سے پہلے ہمیں اِس امر کے متعلق پورا یقین ہونا چاہیئے کہ کلا کوما زرق[ا] ...

[1] (5 to 20 D.)۔

کی کوئی علامت موجود نہیں ہے۔ کسی موسّع حدقہ دوا کے زیر اثر ایک سن رسیدہ شخص کی آنکھوں کا امتحان کرنے کے بعد یہ احتیاط قرین مصلحت ہے کہ کوئی قابض حدقہ (miotic) دوا ٹپکا دی جائے۔

چشم بین کے ذریعہ امتحان کا بالواسطہ طریقہ

(THE INDIRECT METHOD OF OPHTHALMOSCOPIC EXAMINATION)

بالواسطہ طریقہ سے قعرِ چشم کی مُرتکس یا اُلٹی شبیہ (inverted image) حاصل ہوتی ہے، جو تقریباً ۴ قطر بڑی (تکبیر یافتہ) ہوتی ہے۔ جب مبدءِ تنویر خارجی ہو تو وہ مریض کے سر کے عین اوپر ہوتا ہے، اور ممتحن تقریباً ½ میٹر فاصلہ پر مریض کے سامنے ہوتا ہے۔ چشم بین کے سوراخ میں ہم ۲ بصریہ کا ایک محدّب عدسہ (2 D. convex lens) رکھتے ہیں، جس سے ممتحن کو اپنی طاقتِ توفیق سے کام لئے بغیر ایک صاف اور واضح شبیہ حاصل ہو سکتی ہے۔ چشم بین کو کسی ایک آنکھ کے سامنے رکھنے سے ہمیں قعری معکوسہ (fundus reflex) حاصل ہو جاتا ہے۔ اب تقریباً ۳ اِنچ ماسکہ کا ایک طاقتور (۱۴ بصریہ؛ 14 D.) کا محدّب عدسہ (جسے دہانہ یا معروضی عدسہ objective lens: کہتے ہیں) تقریباً اُس کے ماسکی فاصلہ پر اُس آنکھ کے سامنے رکھا جاتا ہے جس کا امتحان کرنا مقصود ہے۔ بائیں ہاتھ کے انگوٹھے اور انگشتِ شہادت کی مدد سے اِس عدسہ کے کناروں کو یا اِس کے دستہ کو پکڑ لیا جاتا ہے، اور دوسری انگلیوں میں سے ایک اُنگلی کو مریض کی

30

پیشانی پر رکھکر سہارا لیا جاتا ہے (شکل ۳۶)۔ اگر پس منظر (خلفی سطح) کے



شکل ۳۶۔ چشم بین کے ذریعہ امتحان کا بالواسطہ طریقہ۔

31

کچھ حصہ کا منظر صاف نظر نہ آئے تو ہم آہستہ سے اپنے سر کو آگے یا پیچھے ہٹا کر اپنے اور مریض کے درمیان کے فاصلہ میں کمی یا بیشی کر لیتے ہیں، یہانتک کہ عدسہ کے سامنے تھوڑے فاصلہ پر، اُس کے ماسکہ کے مقام پر، قعرِ چشم کی ایک صاف اور واضح ہوائی شبیہ مُرتکس (اُلٹی) نظر آنے

لگتی ہے۔

دایاں قعر دیکھ لینے کے بعد، ہم روشنی، چشم بین، مریض، یا ممتحن کی وضع قیام میں کوئی تبدیلی کئے بغیر، بائیں قعر کا امتحان شروع کرتے ہیں۔ ہم صرف عدسہ کو ہٹا کر مریض کی بائیں آنکھ کے سامنے لے آتے ہیں، اور اپنی بیچ[1] کی اُنگلی کو مریض کی پیشانی پر رکھ کر عدسہ کو ٹھیرائے رکھتے ہیں۔ چھنگلیا[2] (خنصر) اور انگشتِ خاتم[3] (بنصر) کو ہتھیلی کے اندر موڑ لیا جاتا ہے تاکہ وہ مریض کی دائیں یعنے آزاد آنکھ کے سامنے حائل نہ ہوں اور مریض کو جس جانب نظر جما کر دیکھنے کے لئے کہا جائے اُس سمت دیکھنے میں رُکاوٹ نہ ہو۔ بائیں آنکھ کے امتحان میں، اگر ہم چاہیں تو چشم بین کو اپنے بائیں ہاتھ میں، اور عدسہ کو دائیں ہاتھ میں رکھ سکتے ہیں۔

ہم امتحان ہمیشہ عصبِ بصری (optic nerve) کے مَدخَل (قرص یا حُلیمہ :disc or papilla) کی تلاش و جستجو سے شروع کرتے ہیں، کیونکہ یہ آنکھ کے پس منظر میں سب سے زیادہ ممتاز اور نمایاں چیز ہے۔ عصبِ بصری کا مدخل استبصاری محور (visual axis) سے قدرے اندر کی طرف، یعنے انفی جانب کو، ہوتا ہے۔ چنانچہ اُس کو نظر کے سامنے لانے کے لئے مریض کو یہ ہدایت کی جائے کہ ذرا اپنی آنکھ کو اندر کی طرف حرکت دے۔ اِس سے مریض کے کرۂ چشم کا پچھلا قطب (posterior pole) بیرونی جانب کو گھوم جائے گا۔ جب ہم مریض کے بالکل سامنے ہوں تو یہ مقصد اِس طرح حاصل ہو سکتا ہے کہ دائیں آنکھ کا امتحان کرتے وقت

---

[1] middle finger - [2] little finger - [3] ring finger -

ہم چشم بین کے دستہ کو اُفقاً (آڑا) رکھکر اس طرح پکڑیں کہ چھنگلیا تقریباً دستہ کے سرے پر رہے، اور مریض کو ہدایت کریں کہ ہماری چھنگلیا کی طرف دیکھتا رہے۔ اور بائیں آنکھ کا امتحان کرتے وقت مریض کو یہ ہدایت کریں کہ ہمارے بائیں کان کی طرف دیکھتا رہے۔

قرص کے گرد کے حصّوں کو دیکھنے کے لئے ہمیں عدسہ کو یا اپنے سر کو مختلف سمتوں میں خفیف سی حرکت دینی چاہیئے، لیکن یہ حقیقت ہمیشہ ملحوظ رہے کہ شبیہ اُلٹی ہوتی ہے اور اُس کی حرکت عدسہ کے ساتھ ساتھ (یعنی اُسی سمت میں) مگر سر کی حرکت کے مخالف رُخ میں ہوتی ہے۔ زیادہ محیطی حصّے اُس وقت نظر کے سامنے آجاتے ہیں جبکہ مریض اپنی آنکھ کو اوپر، نیچے، اور دائیں بائیں طرف حرکت دے۔

جب مریض سیدھا چشم بین کی طرف دیکھتا ہے تو ایسا کرنے سے لطخۂ اصفر (macula) نظر کے سامنے آجاتا ہے۔ لیکن چونکہ اِس قدر قریب کی شئے پر نظر جمانے میں اُسے لامحالہ توفیق (accommodation) کو بروئے کار لانا پڑتا ہے، لہذا اُس کی پُتلی سکڑ جائے گی۔ اِسی واسطے جب لُطخی خطّے کو بالواسطہ طریقہ سے دیکھنا منظور ہو تو پہلے پُتلی کو پھیلا لینا بہتر ہے۔

32 مبتدی کو بالواسطہ طریقہ سے کام لینے میں متعدد مشکلات کا سامنا ہوسکتا ہے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ اُسے قرص کو نظر کے سامنے لانے میں بدیں وجہ مشکل پیش آئے کہ مریض مُمتحن کے شانہ پر سے آگے دیکھنے کے بجائے برابر چشم بین کو دیکھتا رہتا ہے۔ اِسی طرح چشم بین کی ساخت میں نقائص کی موجودگی کے باعث اِس آلہ کے ثقبۂ نظر (sight-hole)

کے کناروں سے اور آئینہ کے سوراخ میں سے اکثر ایسے معکوسات ہوتے ہیں جو بہت خلط ملط پیدا کر دیتے ہیں۔ بار ہا ایسا بھی ہوتا ہے کہ قرنیہ سے یا اُس عدسہ کی سطحوں سے جسے ہم مریض کی آنکھ کے سامنے لگا رکھتے ہیں، ایک نہایت پریشان کن انعکاس واقع ہونے لگتا ہے۔ اگر عدسہ کو خفیف سا جُھکا دیا جائے، یا آئینہ کے زاویہ کو بدل دیا جائے، یا ممتحن یا مبدء تنویر کی وضع قیام میں خفیف سی تبدیلی کر دی جائے (اِن امور کا علم محض تجربہ سے حاصل ہوتا ہے) تو اِن معکوسات کو دور کیا جاسکتا ہے۔

چشم بین کے ذریعہ امتحان کا بلاواسطہ طریقہ

(The Direct Method of Ophthalmoscopic Examination)

بلاواسطہ طریقہ سے ہمیں قعرِ چشم کی ایک انتصابی (کھڑی) تصویر حاصل ہوتی ہے، جو تقریباً چودہ قطر تکبیر یافتہ[1] ہوتی ہے۔

ممتحن مریض کے پہلو میں یا اُس کے سامنے بیٹھ جاتا یا کھڑا رہتا ہے (شکل ۳۷)۔ چشم بین کو اُسی طرح سہارا دیکر تھامے رکھنا چاہئے جیسا کہ سابقہ طریقوں میں بتایا گیا ہے، اور اُسے مریض کی آنکھ کے بالکل سامنے اور جس قدر قریب ممکن ہو لانا چاہئے۔ ممتحن کی آنکھ اور مریض کی آنکھ کے درمیان ایک اِنچ سے زائد فاصلہ نہ رہے۔ خارجی تنویر کی صورت میں روشنی (چراغ) کو مریض کی ایک جانب، اُسکے کان کے لیول سے ذرا اوپر رکھا جاتا ہے۔ دائیں آنکھ کے امتحان میں، اُس وقت جبکہ عاکس چشم بین

---

[1] magnified about fourteen diameters

(reflecting ophthalmoscope) استعمال کی جائے، ممتحن اور روشنی دونوں کا دائیں جانب رہنا ضروری ہے، اسی واسطے چشم بین مشاہد کی دائیں آنکھ کے سامنے رہنا چاہیے۔ بائیں آنکھ کے امتحان کے وقت روشنی اور ممتحن دونوں کو بائیں جانب ہونا چاہیے اور مشاہد اپنی



شکل ۳۷۔ برقی چشم بین کے ذریعہ چشم بینی امتحان کا بلاواسطہ طریقہ۔

بائیں آنکھ کام میں لائے۔ چشم بین کے ترچھے آئینہ کو گھما کر ایسی وضع میں رکھنا چاہیئے کہ جس سے وہ مریض کی آنکھ کے اندر روشنی کو منعکس کر سکے۔

جب ممتحن اور مریض دونوں بصارتِ طبعی (emmetropia) رکھتے ہوں اور دونوں اپنی قوتِ توفیق (accommodation) کو

ڈھیلا چھوڑ دیں (کام میں نہ لائیں)، تو ایسی صورت میں مشاہدِ چشم بین کے ثقبۂ نظر (sight-hole) میں سے دیکھتا ہے، اور اُسے کسی عدسے کی مدد کے بغیر قعرِ چشم کے اندر کا منظر صاف نظر آجاتا ہے۔ مریض سے کہا جاتا ہے کہ وہ بالکل سیدھا ممتحن کے شانہ پر سے سامنے کی دیوار کی طرف دیکھتا رہے۔ ایسا کرنے سے قرصِ بصری (optic disc) نظر کے سامنے آجاتا ہے۔ اس کے بعد قرص کے گرد و پیش کے حصوں کا امتحان کیا جاتا ہے۔ جب مریض مختلف سمتوں میں دیکھتا ہے تو قعرِ چشم کے محیطی حصے نظر آنے لگتے ہیں۔ قرص کے بیرونی جانب، حُلیمہ (papilla) کے قطر سے تقریباً دُگنے فاصلہ پر نُقطی خِطّہ (macular region) ملتا ہے۔ اگر پتلی کو مصنوعی طریقہ سے پھیلا دیا جائے (تاکہ وہ دورانِ توفیق میں منقبض نہ ہوسکے) اور پھر مریض کو آئینہ کے سوراخ کے اندر دیکھنے کی ہدایت کی جائے تو نُقطۂ اصفر (macula lutea) کو بھی منظر کے سامنے لایا جاسکتا ہے۔

کسی خاص ضرر (lesion) کی جسامت کا مقابلہ قرصِ بصری کی جسامت کے ساتھ کیا جاتا ہے۔ طبعی قرص کا قطر ۱½ ملی میٹر ہوتا ہے۔ قعرِ چشم کے لیول کے تغیرات (یعنے اُس کے نشیب و فراز) بصریوں (dioptres) میں ناپے جاتے ہیں۔ ایک ملی میٹر کا فراز (اُبھار) ۳ بصریہ (3 D.) کے متناظر ہوتا ہے۔

مبتدی اکثر اُن معکوسات سے، جو قرنیہ کی سطح سے نکلتے ہیں، پریشان ہوجاتا ہے، لیکن اگر آئینہ کے زاویہ میں خفیف سی تبدیلی کردیجائے، یا اگر ممتحن اپنی وضعِ قیام کو یا روشنی کے مقام کو بدل دے تو یہ معکوسات

33

رفع کیئے جاسکتے ہیں۔

34 اگر مشاہد میں کوئی انعطافی نقص البصر (ametropia) موجود ہے تو اُسے اپنی عینک (جس میں انعطافی فاصلہ کو درست کرنے والے شیشے موجود ہوں) لگا لینی چاہیئے۔ یا چشم بین کے روزن کے پیچھے ایک خاص مُصحح بصارت عدسہ جڑ والینا چاہیئے۔ یا اُن عدسات میں سے جو چشم بین کے قرص میں لگے ہوئے ہیں اپنا مُصحّح عدسہ پھرا کر روزن کے سامنے لے آنا چاہیئے۔ جب مریض ناقص البصر (ametropic) ہو، یعنے جب اُس میں کوئی انعطافی نقص بصارت موجود ہو، تو روزن کے پیچھے ایک مناسب عدسہ پھرا کر لے آنا چاہیئے۔ اگر مریض قصیر النظر (myopic) ہے تو سب سے کم طاقت کا مقعر عدسہ مناسب ہوگا۔ اور اگر وہ طویل النظر (hypermetropic) ہے تو قوی ترین محدب عدسہ مناسب ہوگا، جس سے بالکل واضح اور صاف تصویر دکھائی دینے لگے گی۔ اِس سے اِس امر کا اندازہ ہوتا ہے کہ نقائص انعطاف (errors of refraction) کی تخمین کے لیئے بلاواسطہ طریقہ کیونکر استعمال کیا جاتا ہے۔

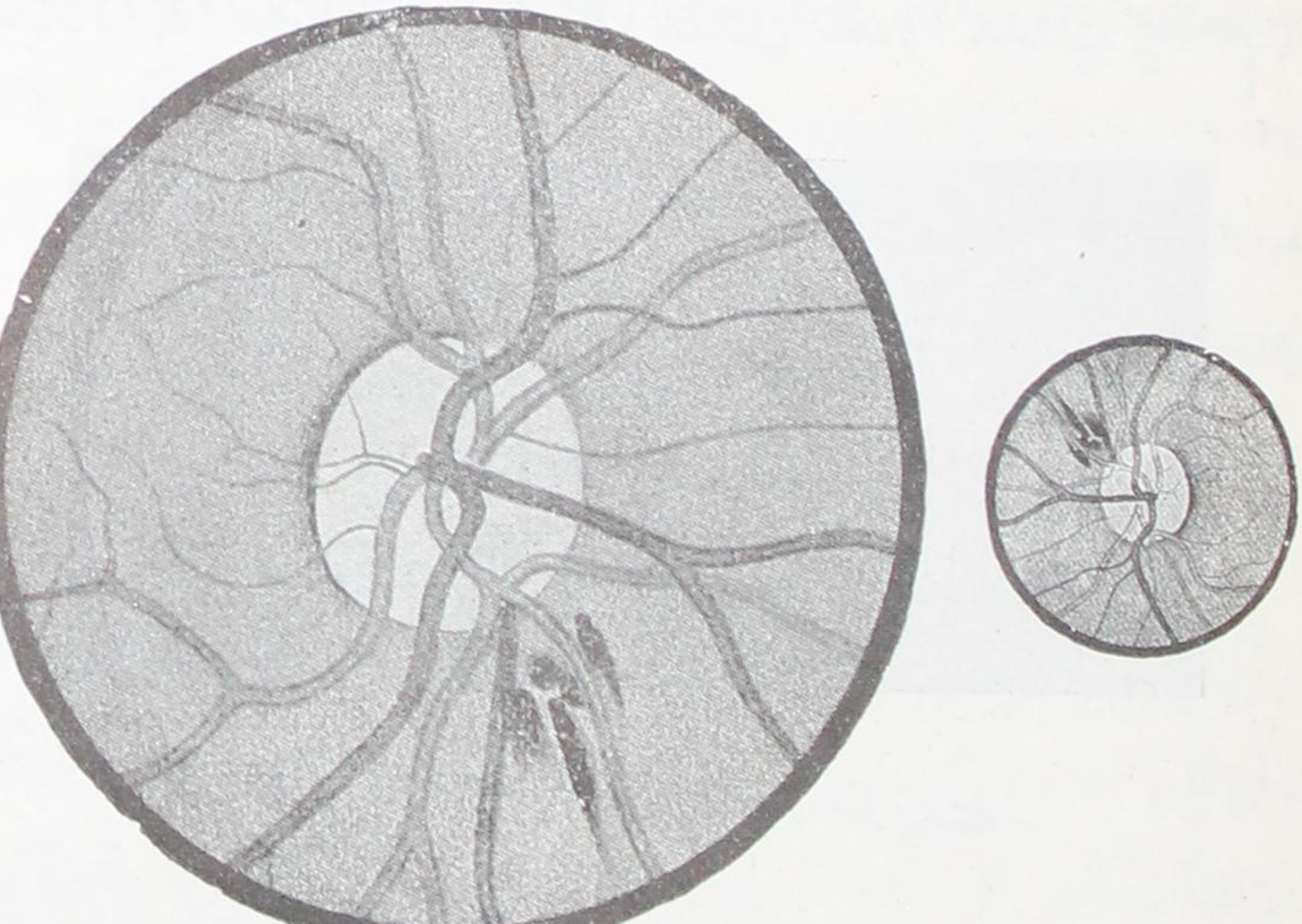
صحیح النظر (emmetropic) مشاہد کو بلاواسطہ طریقہ امتحان سے ایک قصیر النظر آنکھ (myopic eye) کے قعر کا منظر اُس وقت تک صاف اور واضح طور پر نظر نہیں آسکے گا جب تک کہ چشم بین کے آئینہ میں کے ثقبہ نظر کے پیچھے ایسی طاقت کا مقعر عدسہ نہ رکھ لیا جائے جو کم از کم اُس کے قصر البصر (myopia) کی تعدیل کے لئے کافی ہو۔ وہ طویل النظر آنکھ کا امتحان ایک محدب عدسہ رکھکر یا اپنی توفیق (accommodation) استعمال کر کے کرسکتا ہے۔ لیکن طریقہ بلاواسطہ

میں مشاہد کو چاہئے کہ اپنی "توفیق" کو مسترخی (ڈھیلا) کرنا سیکھے۔ سادہ بیم
مستعدی کو اکثر بہت مشکل معلوم ہوتا ہے، کیونکہ وہ اس امر کو فراموش
نہیں کر سکتا کہ میں ایک نہایت قریبی چیز کو دیکھ رہا ہوں، چنانچہ وہ
اسی کے مطابق توفیق کرتا ہے۔ ایسی توفیقی مساعی کے اثرات کو زائل
کرنے کے لئے اس کا امکان ہے کہ مشاہد اور مریض کے تقسیر انعطاف
(myopia) نہ ہونے کے باوجود "کشب النظر" کا ایک معتدبہ درجہ ملے۔
درحقیقت انعطافی نقائص (errors of refraction) کا اندازہ کرنے
کے لئے بلاواسطہ طریقہ امتحان کے استعمال میں توفیق کا استرخاء (ڈھیلا پن)
نہایت ضروری اور لازمی ہے۔ دونوں آنکھوں کو کھلا رکھنے اور زائل شدہ
ہوئی آنکھ سے دور فاصلہ پر دیکھتے رہنے سے توفیق کے استرخاء میں
مدد ملتی ہے۔ جب ہم ایک کتاب کو پڑھنے کے معمولی فاصلہ پر رکھ کر اس
کے مطبوعہ حروف کو برابر دیکھتے رہیں یہاں تک کہ حروف مبہم اور دھندلے
معلوم ہونے لگیں، تو ایسا کرنے سے ہمیں استرخاء توفیق کا احساس ہوتا
ہے۔ استرخاء توفیق کی عادت ڈالنے کے لئے اس قسم کی مشق کرنی چاہئے۔

بالواسطہ اور بلاواسطہ طریقوں کا مقابلہ۔ بالواسطہ
طریقہ میں میدان کا نسبتاً بڑا حصہ نظر آتا ہے، مگر ہم اس کی تکبیر نسبتاً
کم ہوتی ہے اور اسی وجہ سے پس منظر کا ایک عمومی نظارہ دکھائی دیتا ہے
جو عکس (اُلٹا) ہوتا ہے (شکل ۳۰)۔ بالواسطہ طریقہ اس امر کے مریض کی
آنکھ میں انعطافی نقائص ہیں، اس طریقہ کو کامیابی کے ساتھ استعمال
کیا جا سکتا ہے۔ چونکہ اس میں تکبیر نسبتاً زیادہ ہوتی ہے، لہذا ایسا
اکثر قعر چشم کی تفصیلات حاصل ہو سکتی ہیں، اس وقت بھی جب کہ

زجاجیہ میں خفیف عتمات (opacities) موجود ہوں۔

35 بلاواسطہ طریقہ سے ہمیں اِس کے برعکس ایک انتصابی (کھڑی) تصویر حاصل ہوتی ہے، جو نسبتہً بہت زیادہ تکبیر یافتہ ہوتی ہے (شکل ۳۹)، اگرچہ اِس میں وقتِ واحد میں میدان کا نسبتہً چھوٹا حصّہ

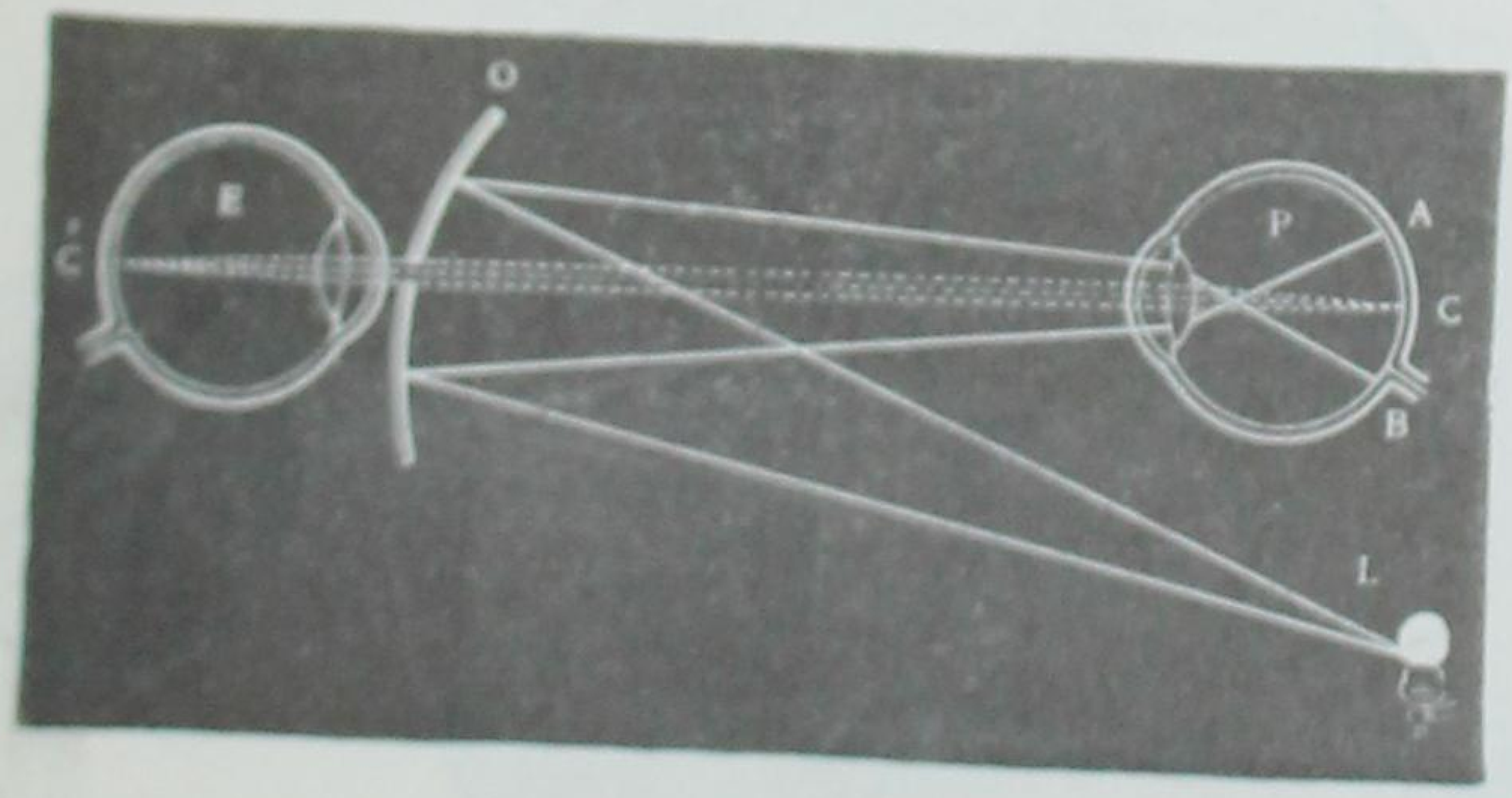


شکل ۳۸ و ۳۹۔ چشم بینی کے بالواسطہ اور بلاواسطہ طریقوں کا مقابلہ۔

دکھائی دیتا ہے۔ اِسی وجہ سے اِس میں ہمیں اُن خاص خاص حصّوں کی تفتیش باریکی کے ساتھ کرنے کا موقع ملتا ہے، جن کی طرف ہماری توجہ طریقۂ بالواسطہ کے ذریعہ منعطف ہو چکی ہے۔ نیز یہ وہ طریقہ ہے جس میں چشم بین کو نقائص انعطاف (errors of refraction) کی تخمین کے لئے استعمال کیا جاتا ہے۔

36

نظریۂ چشم بین ۔ جیسا کہ عام طور سے دیکھا جاتا ہے، پُتلی سیاہ نظر آتی ہے۔ اِس کی وجہ یہ ہے کہ وہ روشنی جو اِس سے نکلتی ہے، لازماً اسی رُخ میں منعکس ہوتی ہے جس رُخ سے کہ وہ آتی ہے۔ اگر مشاہد کی آنکھ کو ایسی جگہ رکھا جائے کہ وہ اِن واپس آنے والی شعاعوں کی راہ میں حائل (سدّ راہ) ہو، تو مشاہدہ کردہ آنکھ کا اندرونی حصّہ (اندرونِ چشم)



شکل ۴۰۔ چشم بین کے ذریعہ امتحان فاصلہ پر سے۔

منوّر نظر آئے گا۔ زیرِ معائنہ آنکھ کے اندر چشم بین کے ذریعہ روشنی منعکس کی جاتی ہے، اور مشاہد کی آنکھ واپس آنے والی شعاعوں کے راستہ میں رکھی جاتی ہے، چنانچہ اِن شعاعوں میں سے کچھ شعاعیں آئینہ کے روزن میں سے ہو کر مشاہد کی آنکھ میں بھی پہنچ جاتی ہیں۔

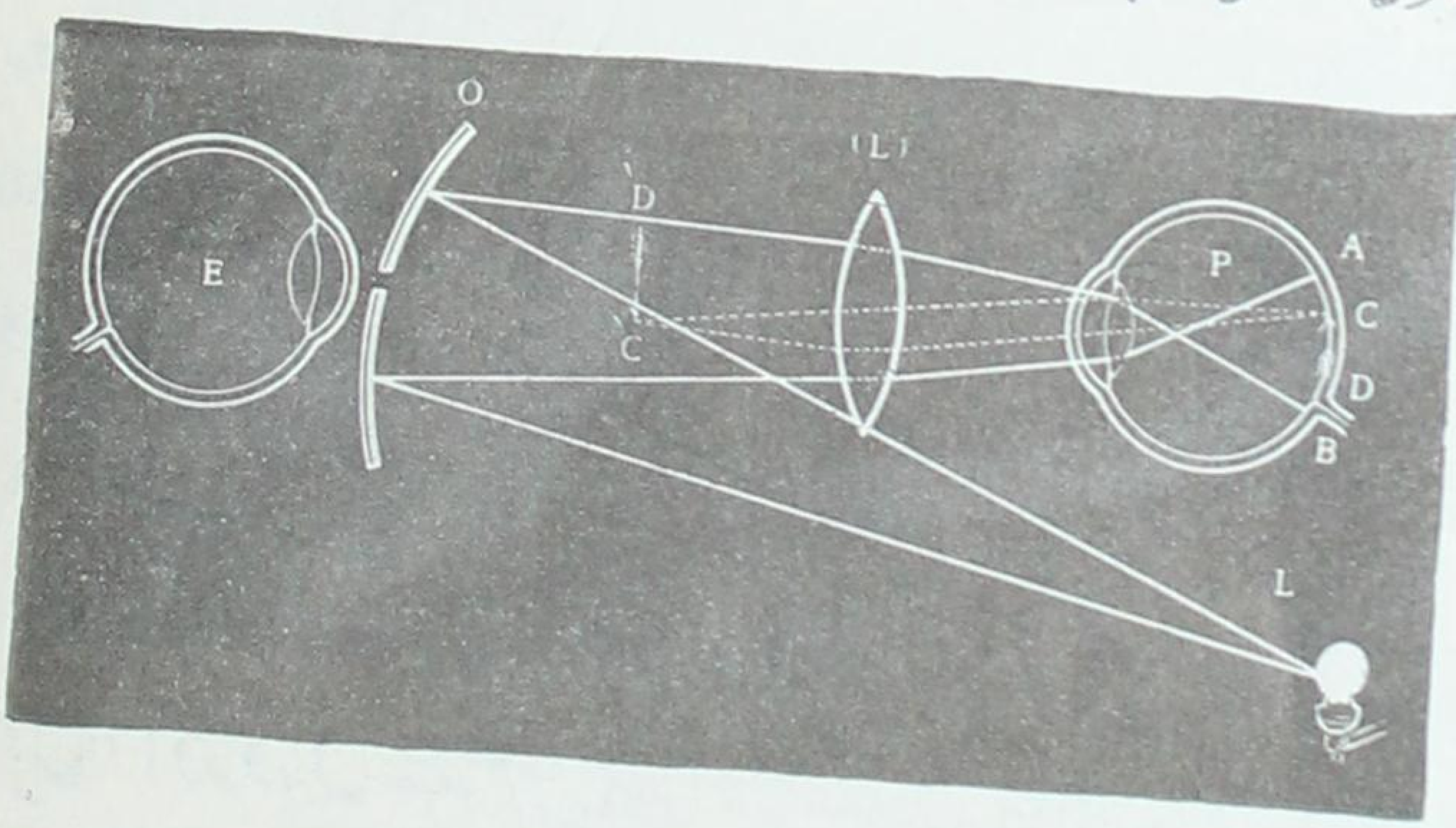
شکل ۴۰ سے ظاہر ہو گا کہ جب چشم بین کو فاصلہ پر رکھا جائے تو اندرونِ چشم کی تنویر کیونکر ہوتی ہے۔ E ممتحن کی آنکھ کا اور P مریض کی آنکھ کا قائم مقام ہے۔ روشنی کی منفرج شعاعیں (divergent rays) چراغ L سے نکل کر چشم بین کے آئینہ O پر گرتی ہیں، اور وہاں سے

منعکس ہوتی ہیں، اور پھر مستدق (convergent) ہو کر آنکھ P کے
اندر جاتی، اور زجاجیہ (vitreous) میں تقاطع کرتے ہوئے قعرِ چشم کو
A اور B کے درمیان، منور کر دیتی ہیں۔ اِس منوّر رقبہ میں کے کسی نقطہ،
(مثلاً C) پر سے شعاعیں منعکس ہو کر آنکھ سے باہر چلی جاتی ہیں۔ اِس طرح
گزرنے میں وہ اِس آنکھ کے انعطافی آلہ (refracting apparatus)
کی وساطت سے متوازی ہو جاتی ہیں اور وہاں سے آگے بڑھ کر آئینہ O
کے روزن میں سے نکلکر ممتحن کی آنکھ E میں پہنچتی ہیں۔ E کا ڈایاپٹری آلہ
(dioptric apparatus) اِن شعاعوں کو شبکیہ پر ماسکہ کرتا ہے
اور وہ C کی شبیہ (image)، C′ کے مقام پر بناتی ہیں۔

شکل ۴۱ سے بالواسطہ طریقہ (indirect method) کی توضیح
ہوتی ہے۔ L سے منفرج (divergent) شعاعیں نکلکر آئینہ O کی طرف
جاتی ہیں، اور وہاں سے منعکس ہو کر اور مستدق (convergent) بنکر
زیرِ معائنہ آنکھ P کے اندر جاکر زجاجیہ میں تقاطع کرتی ہیں۔ یہ شعاعیں
قعر کو A اور B کے درمیان منوّر کرتی ہیں۔ اِس منوّر رقبہ کے کسی
نقطہ (مثلاً CD) سے شعاعیں منعکس ہوتی ہیں، اور آنکھ سے باہر
نکلتے ہوئے اُسکے انعطافی آلہ (refracting apparatus) کی وساطت
سے متوازی ہو جاتی ہیں۔ وہ محدّب عدسہ، (L)، پر گرتی اور C′D′ کے
مقام پر ماسکہ انداز ہوتی ہیں، جس سے عدسہ (L) کے ماسکہ پر ہوا میں
ایک تکبیر یافتہ اُلٹی شبیہ بنجاتی ہے، اور یہ شبیہ ممتحن کی آنکھ E کو
نظر آسکتی ہے۔

شکل ۴۲ سے بلاواسطہ طریقہ (direct method) کی توضیح

ہوتی ہے۔ منفرج (divergent) شعاعیں L سے نکلکر آئینہ O کی طرف
جاتی ہیں اور منعکس ہوکر اور مستدق ہوکر زیر معائنہ آنکھ P میں سے گذرتی
ہوئی زجاجیہ میں تقاطع کرتی ہیں۔ اس سے قعر چشم A سے لیکر B تک
روشن ہوجاتا ہے۔ اس منوّر رقبہ کے کسی حصّہ، مثلاً CD، سے شعاعیں
منعکس ہوتی ہیں، جو آنکھ P کے اندر سے گذرنے میں اُس کے
ڈایاپٹری آلہ کی وجہ سے متوازی ہوجاتی ہیں، اور آئینہ O کے



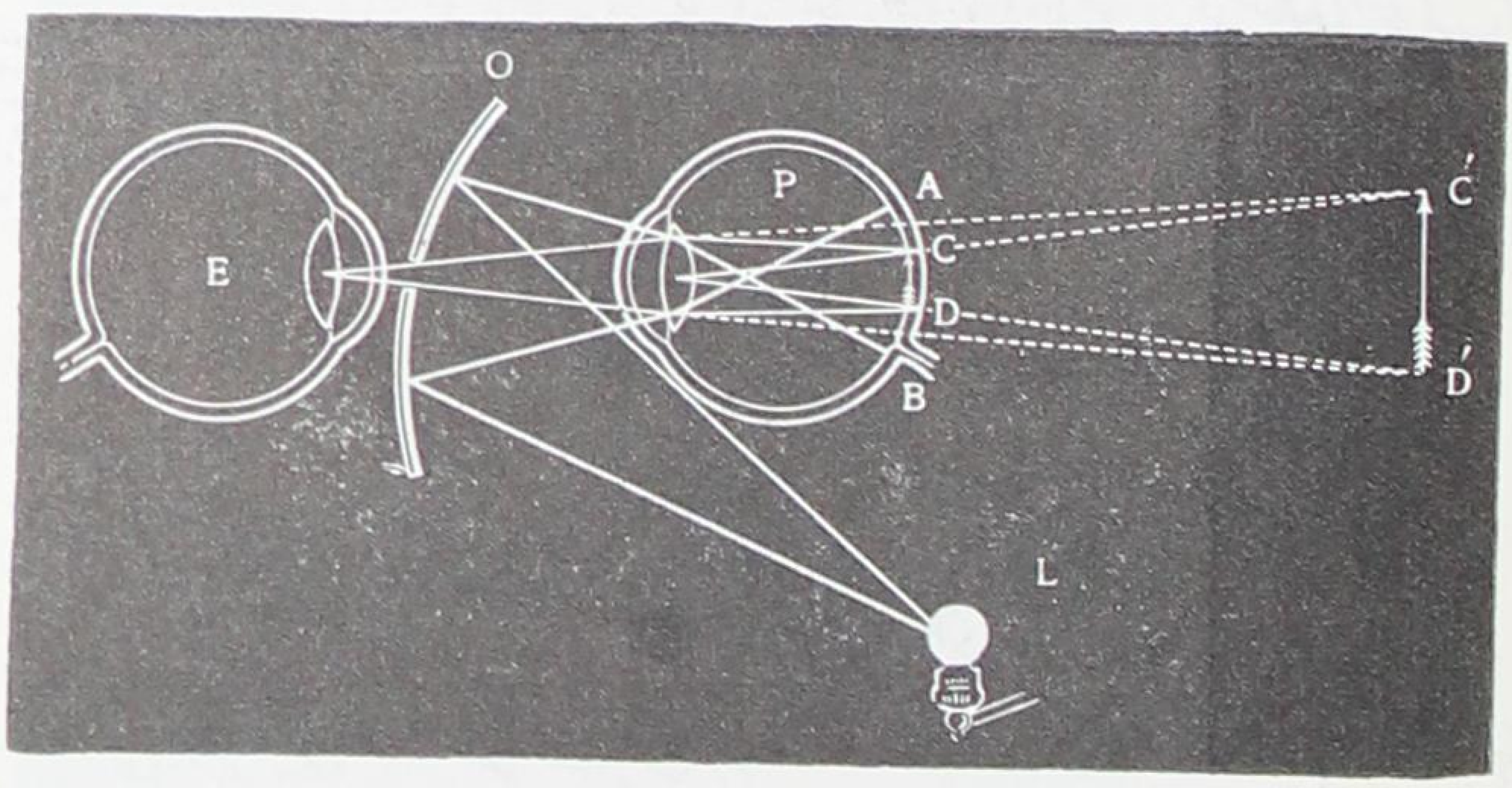
شکل ۴۱۔ چشم بینی امتحان کا بالواسطہ طریقہ۔

37 سوراخ میں سے ہوکر ممتحن کی آنکھ E میں پہنچتی ہیں۔ یہاں وہ شبکیہ پر
ماسکہ انداز ہوتی ہیں۔ یہ شعاعیں مستدق ہوتی ہیں، اور جب انھیں
پیچھے کی طرف بڑھایا جاتا ہے تو یہ CD کی ایک تکبیر یافتہ کھڑی شبیہ
مریض کی آنکھ P کے پیچھے، C'D' کے مقام پر بناتی ہیں۔

فاقد الحمرت (مُعرّا از سرخ) روشنی کے ذریعہ چشم بینی

(Ophthalmoscopy with Red-Free Light) ۔ اگر ایسی
روشنی سے جس کے اندر سے ایک مناسب مقطار (filter) کے ذریعہ

سرخ شعاعیں علیحدہ کر دی گئی ہوں، قعرِ چشم کا امتحان کیا جائے تو پس منظر زردی مائل سبز رنگ کا نظر آئے گا، جس میں لُطخہ (macula) زرد لیموئی رقبے کے طور پر نمایاں ہوگا، قرص سفید نظر آئے گا، قعری معکوسات نہایت نمایاں ہونگے اور عروق تقریباً سیاہ اور اُن کے خاکے واضح الحدود نظر آئیں گے۔ عصبی ریشے (nerve fibres) صاف طور پر مرئی (نمایاں) ہوتے ہیں، لُطخہ کو جانے والے ریشے خطِ مستقیم میں



شکل ۴۲۔ چشم بینی امتحان کا بلاواسطہ طریقہ۔

گذرتے ہیں اور وہ جو زیادہ محیطی ہوتے ہیں ہلیلجی محرابیں (elliptical arches) بناتے ہیں۔ چنانچہ اگر کہیں ایسے ریشے غائب ہو گئے ہوں [جیسے کہ ذبول عصب بصری (optic nerve atrophy) میں] تو ہم اُن کی غیر موجودگی پر متنبہ ہو سکتے ہیں۔ عروق کے خفیف تغیرات، دقیق شبکیتی نزفات (retinal hæmorrhages)، غیر واضح الحدود رشحات (exudates)، اور لُطخہ کے مبہم تغیرات، اِن سب کا سُراغ بہ نسبت معمولی روشنی کے زیادہ آسانی سے مِل جاتا ہے۔ بعض چشم بینوں میں

38

ایک قرص لگا ہوا ہوتا ہے، جس کے روزن میں سبز شیشہ جڑا ہوتا ہے۔ اِس قرص کو ثقبۂ نظر پر پھسلا لیا جاتا ہے۔ یہ بڑے اور مخصوص آلہ کے مقابلہ میں نہایت ناممکل اور ناقص ہوتا ہے۔ اُس وقت کے نسبت جبکہ معمولی روشنی استعمال کی جاتی ہے، اِس میں روشنی زیادہ تیز اور شدید ہونی چاہیئے۔ یہ طریقہ صرف پس منظر میں باریک تغیّرات پہچاننے کے لئے اُس وقت استعمال کیا جاتا ہے جبکہ معمولی امتحان سے شبہ رہجائے، لیکن یہ اُس قدر مفید نہیں ثابت ہوا جس قدر کہ اِس کے متعلق ایک زمانہ میں توقع تھی۔

طبعی قعر

(Normal Fundus)

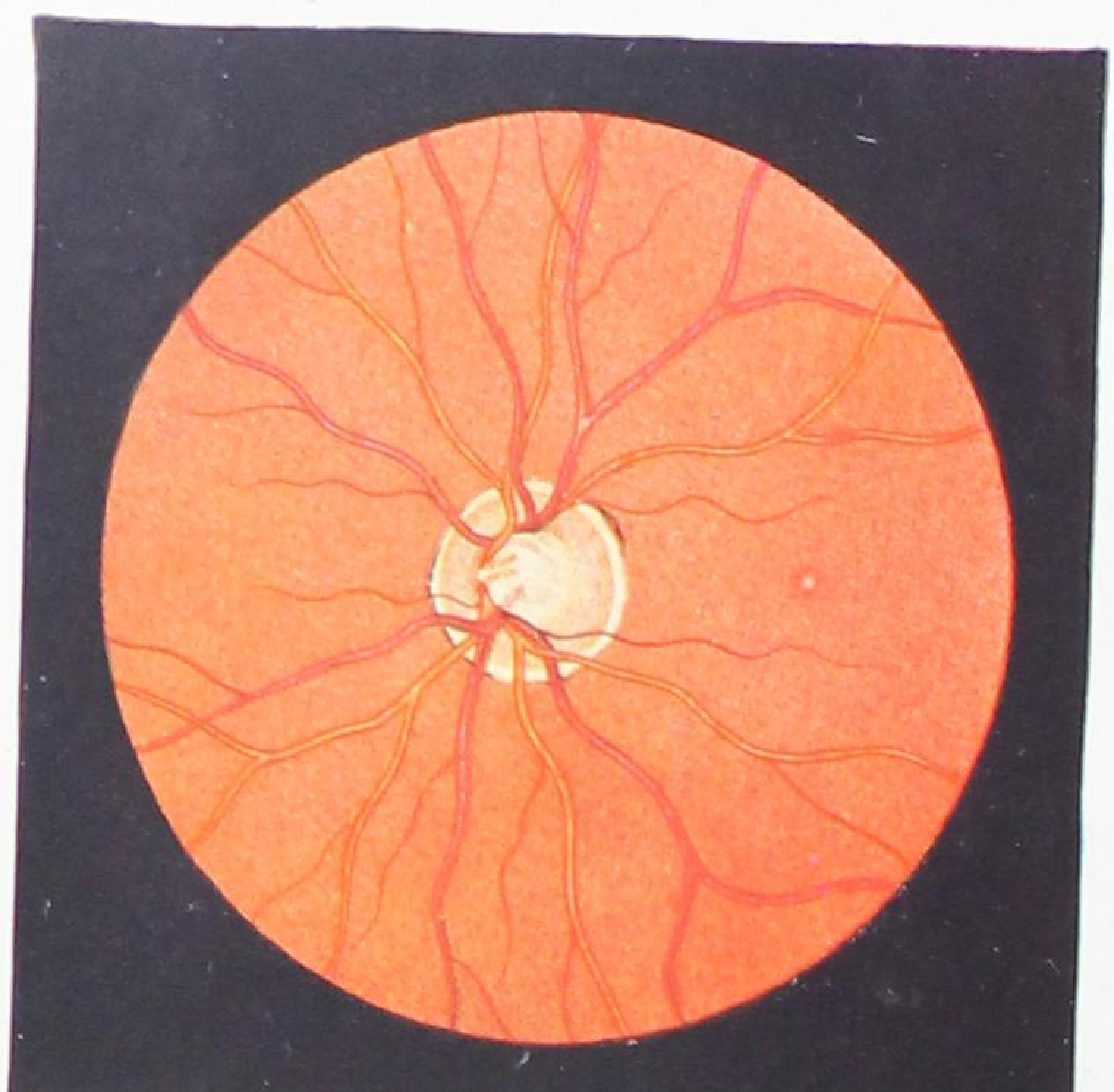
طبعی قعر اپنی تفصیلات میں بہت سے اختلافات ظاہر کرتا ہے۔ وہ ایک سُرخ نارنجی سطح پیش کرتا ہے جس پر ہم قرص (disc)، عروق دمویہ اور لُطخہ (macula) کو تمیز کر سکتے ہیں (ملاحظہ ہوں صفحات ۳-۴-۵-۶)۔

قرص یا حُلیمہ (disc or papilla) اُس مقام کو ظاہر کرتا ہے جہاں عصبِ بصری (optic nerve) کُرّۂ چشم میں داخل ہوتا ہے (یعنے وہ عصبِ بصری کا مدخل ہے)۔ وہ عموماً مُدَوّر (گول) ہوتا ہے لیکن بعض اوقات بیضوی بھی ہوتا ہے۔ اُس کا رنگ ہلکا گلابی ہوتا ہے، جو اندرونی نصف حصّے پر زیادہ نمایاں ہوتا ہے، مگر بیرونی حصّہ نسبتہً پھیکا ہوتا ہے۔ قرص کا رنگ قعر کے باقی حصّہ کی نسبت بہت ہلکا ہوتا ہے

صحفہ ۳



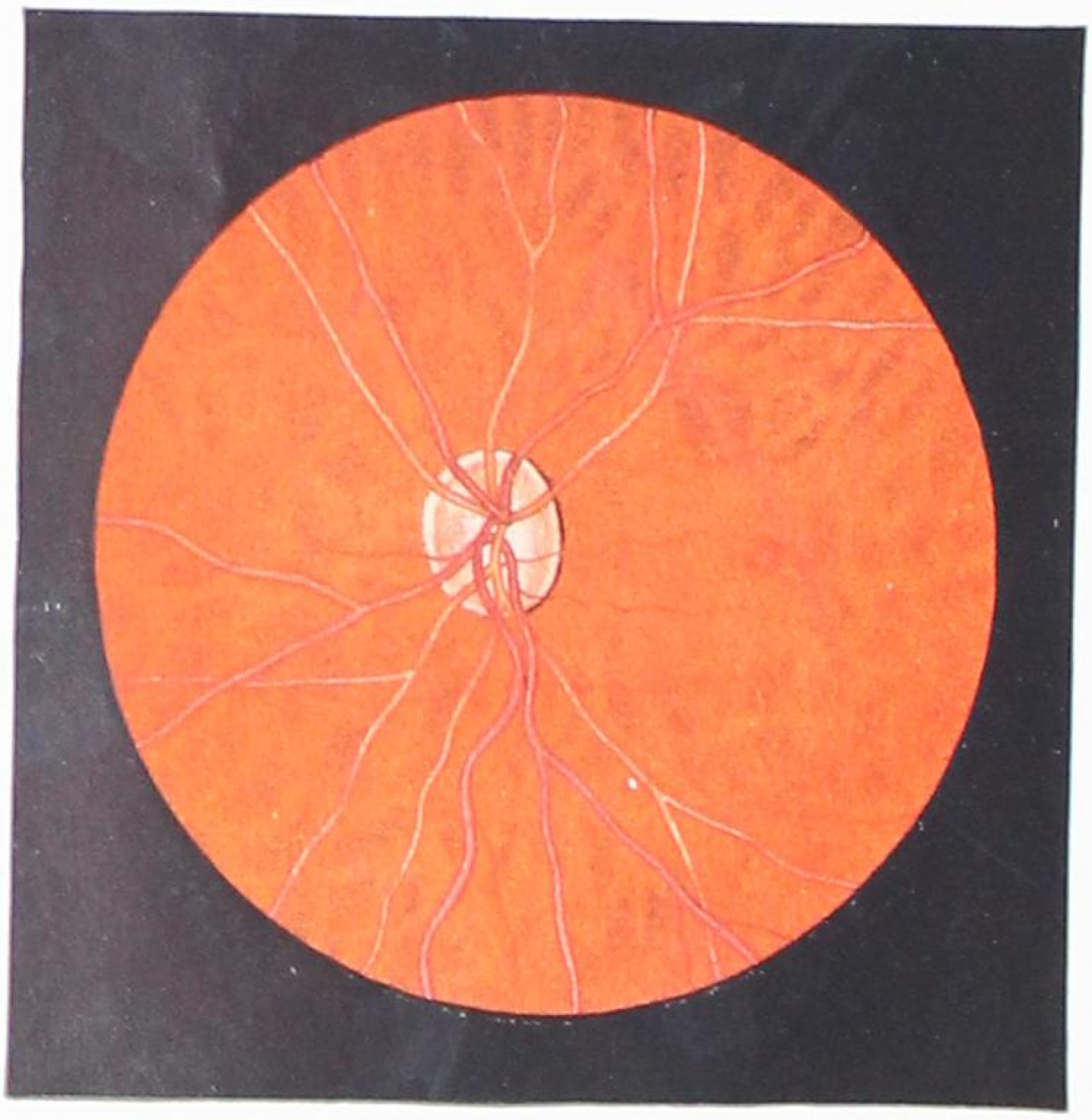
شکل ۴۴ـــطبعی قعرِ چشم ، اوسط رنگ کا



شکل ۴۵ـــگورے رنگ کے آدمی میں طبعی قعرِ چشم

مقابل صفحہ ٦٨

صحیفہ ۴

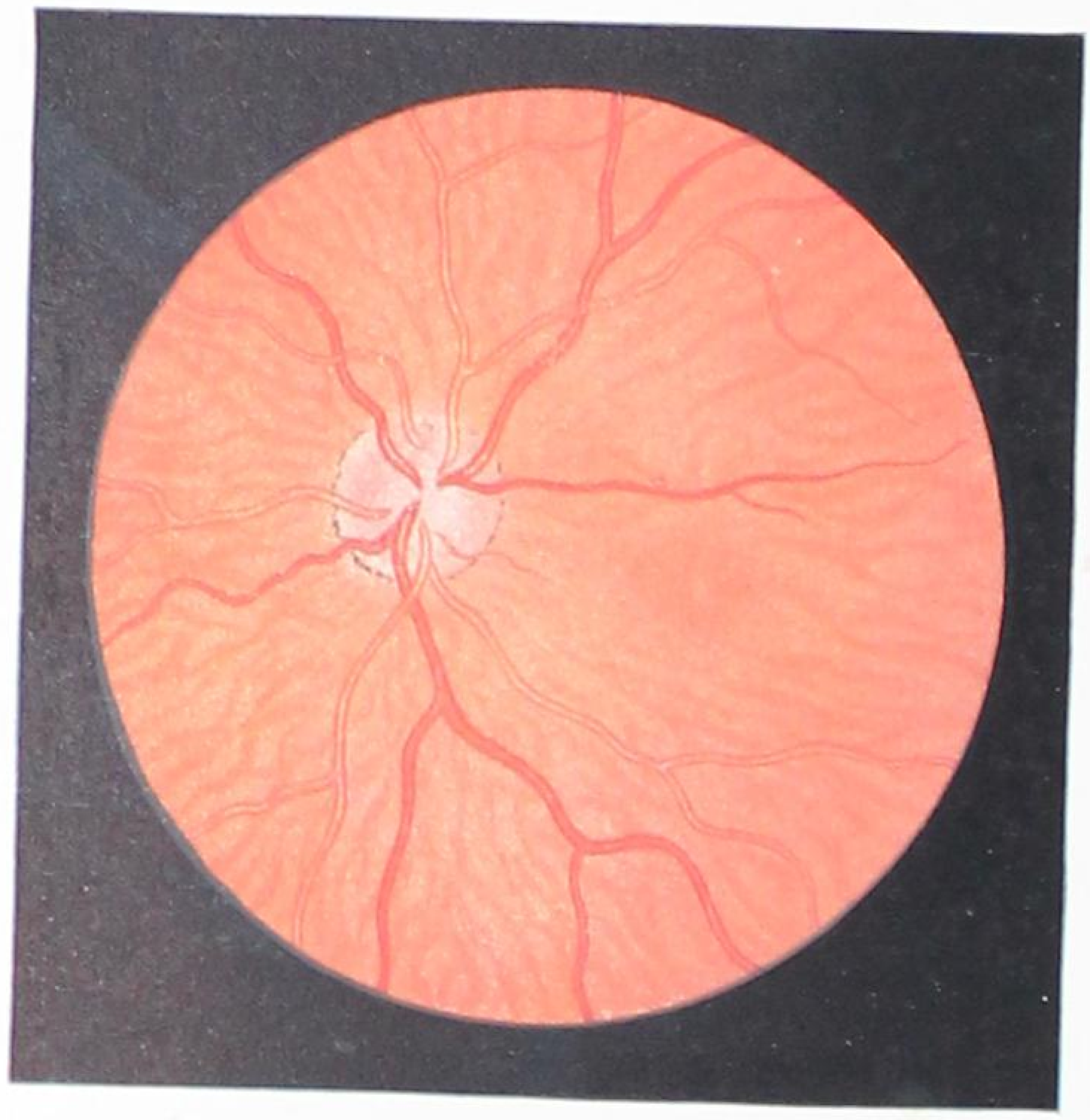


شکل ۴۶ — سیہ فام آدمی میں طبعی قعر چشم

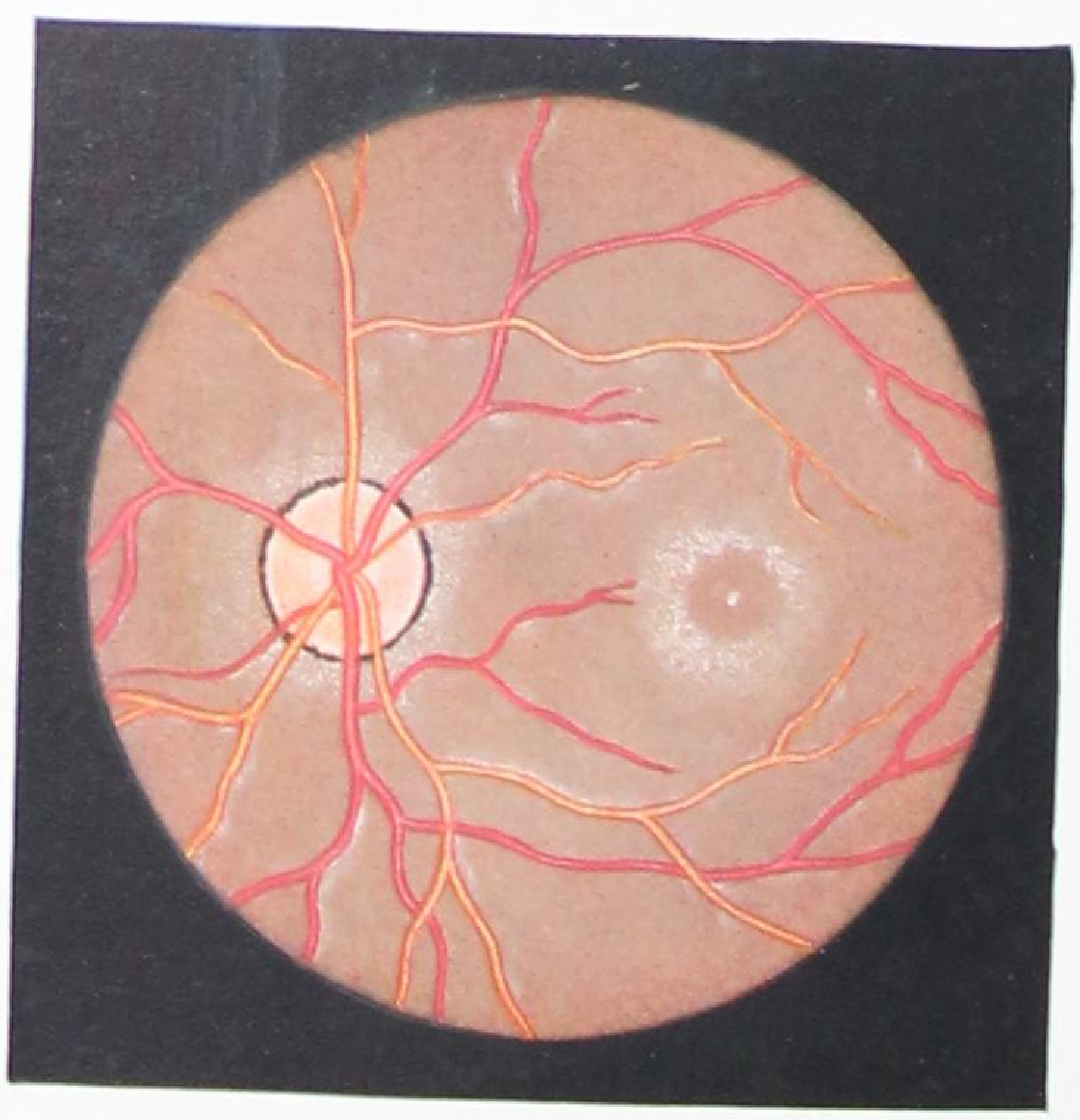


شکل ۴۷ — غیر شفاف عصبی ریشے

مقابل صفحہ ٦٨



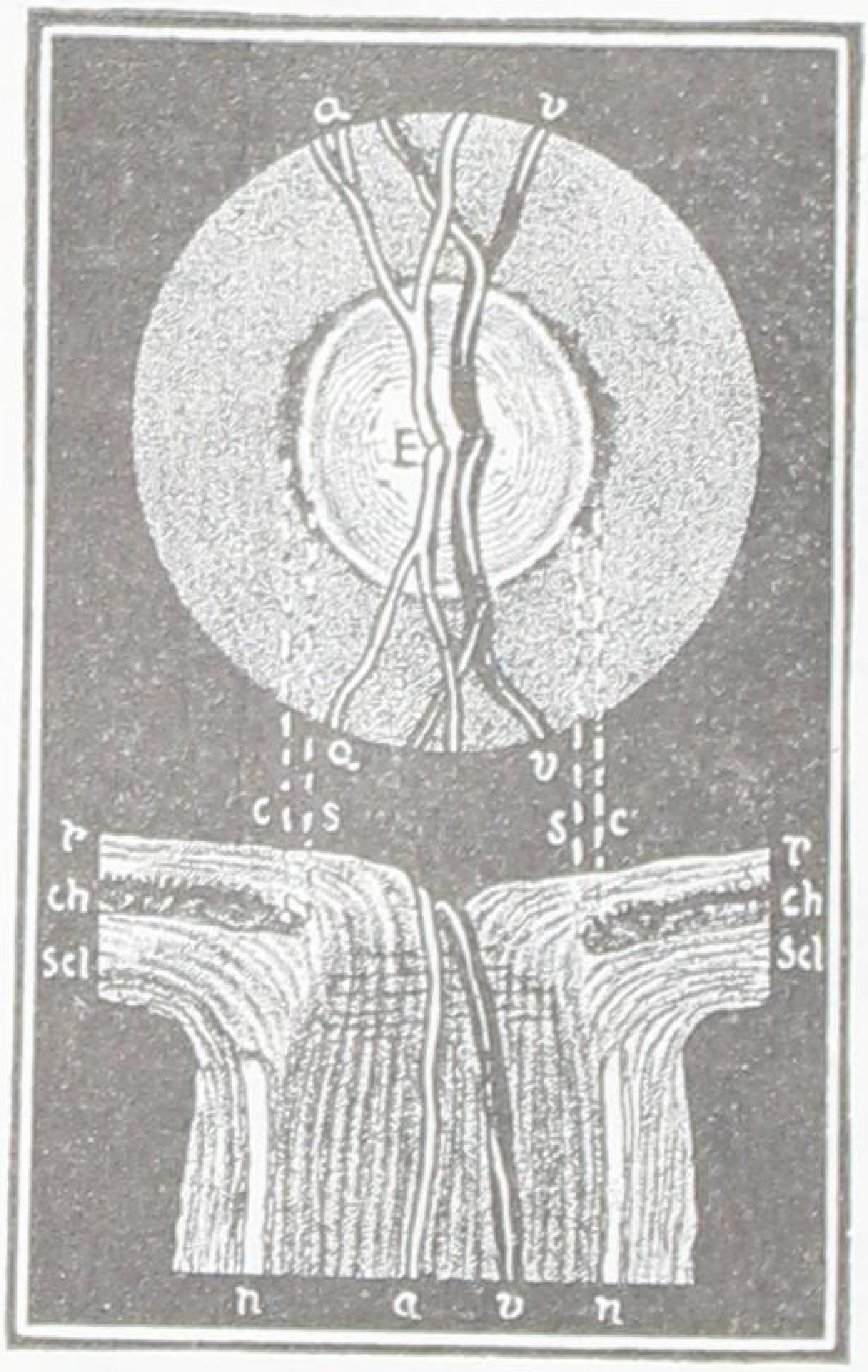
شکل ۴۸ — نہایت گورے رنگ کے آدمی میں طبعی قعر چشم



شکل ۴۹ — حبشی میں طبعی قعر چشم

مقابل صفحہ ٦٨

اور اُسے ایک واضح اور اُبھرا ہوا حاشیہ متصلہ حصّوں سے جُدا کرتا ہے، بالخصوص بیرونی جانب پر - اِس حاشیہ میں اکثر دو حلقے پائے جاتے ہیں: ایک اندرونی حلقہ جو صلبیہ (sclera) سے تعلق رکھتا ہے (s، شکل ۴۳)، سفید رنگ کا ہوتا ہے، اور اُس وقت جبکہ مشیمیہ (choroid) میں کا فتحہ (opening) صلبیہ میں کے فتحہ کی نسبت بڑا ہو صلبیہ کے تکشّف (کھلا ہو جانے) کی وجہ سے بنتا ہے - دوسرا حلقہ جو بیرونی ہوتا ہے، مشیمیہ سے تعلق رکھتا ہے (c شکل ۴۳) اور اُس کا رنگ سیاہ ہوتا ہے - جس روزن میں سے عصب بصری گذرتا ہے، اُس کے حاشیہ پر اجتماعِ لوَن ہو جانے سے یہ حلقہ بنتا ہے - یہ لوَن دار حلقہ تکمّل یا ناتکمّل ہو سکتا ہے آخرالذکر صورت میں یہ عموماً بیرونی کنارے پر پایا جاتا ہے - طبعی قرص کے حاشیے کبھی کبھی کسی قدر غیر واضح ہوتے ہیں، خاصکر اوپر اور نیچے - یہ منظر بعض اوقات نوعمر اشخاص کی طویل النظر (hypermetropic) آنکھوں میں نظر آتا ہے، اور اِس پر



39 شکل ۴۳ - قرص کا چشم بینی منظر اور اُس کی طولی تراش -

a - مرکزی شریان (central artery)

v - مرکزی ورید (central vein)

E - فعلیاتی مغاک (physiological excavation)

s - حلقۂ صلبیہ (scleral ring)

c - حلقۂ مشیمیہ (choroidal ring)

r - شبکیہ (retina)

ch - مشیمیہ (choroid)

scl - صلبیہ (sclera)

التہابِ عصب (neuritis) کا مغالطہ نہ ہونا چاہیئے۔

حُلیمہ کے وسط میں ایک قیف نما نشیب (depression) ہوتا ہے (E، شکل ۴۳)، جو عصبی ریشوں کے جدا ہونے سے بنجاتا ہے۔ یہ نشیب قرص کے باقی حصّوں کی نسبت زیادہ سفید نظر آتا ہے، اور اِس کو فعلیاتی نشیب (physiological depression) یا پیالہ (cup) (تنقیر القرص) کہتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ پیالہ مقابلتہً بڑا ہو اور قرص کے نصف یا زیادہ حصّہ پر واقع ہو، لیکن حُلیمہ کے پورے حِصّہ پر کبھی نہیں ہوتا، اور اِسی لحاظ سے یہ گلاکوما (glaucoma= زرق الماء) اور ذبول عصبِ بصری (optic nerve atrophy) کے امراضیاتی اکتہاف (pathological excavations) سے مختلف ہوتا ہے (اشکال ۱۷۷- ۱۷۸ - ۱۷۹)۔ جب یہ فعلیاتی اکتہاف زیادہ نمایاں ہوتا ہے تو اِس کے نیچے اکثر رمادی مائل (خاکستری) دھبے دیکھنے میں آتے ہیں۔ یہ دھبّے ورقۂ غربالی (lamina cribrosa) میں کے روزنوں کے نمائندے ہیں۔ ورقۂ غربالی اِنفصالی بافت کی وہ تہ ہے جس میں سے عصبِ بصری کے ریشے گذرتے ہیں (شکل ۵۰، صحفہ ۶)۔

عصبِ بصری کی مرکزی شریان اور ورید (central artery and vein) (a اور v، شکل ۴۳) اکتہاف کی اندرونی دیوار پر سے گزرتی ہیں، اور قرص کی سطح پر پہنچکر عموماً فوقانی اور تحتانی شاخوں میں تقسیم ہو جاتی ہیں۔ اِن میں سے ہر ایک جلد ہی تقسیم در تقسیم ہو کر انفی (nasal) اور صدغی (temporal) شاخیں نکالتی ہے۔ ان میں سے اور چھوٹے چھوٹے شاخچے (ٹہنیاں) پیدا ہوتے ہیں، جو اختتامی ہوتے ہیں اور جن میں تفمم (anastomosis) نہیں ہوتا۔ چھوٹی شاخیں اکثر بڑے تنوں (main

(trunks میں سے نکلتی ہیں اور قرص پر سے پار ہو جاتی ہیں ۔ لُطخی خطہ (macular region) میں بڑے عروق نہیں ہوتے، اگرچہ عروق کی باریک تر شاخیں اِس رقبے کے قریب پہنچتی ہوئی دکھائی دیتی ہیں ۔ شرائین اپنے نسبتۃً چھوٹے درُونہ (calibre)، شوخ سرخ رنگ، اور سپید چمک کی وجہ سے وریدوں سے بہ آسانی تمیز کی جا سکتی ہیں ۔ اِن میں ایک چمکیلا معکوسہ (bright reflex) اِنکے وسطی خط کے ساتھ ساتھ جاتا ہوا نظر آتا ہے ۔ وریدیں دبازت میں نسبتۃً زیادہ، رنگ میں سیاہی مائل سرخ اور زیادہ پیچدار ہوتی ہیں، اور ان میں روشنی کی دھاری محض دھندلی سی (زیادہ خفیف اور ہلکی) ہوتی ہے، شرائین اور وریدیں عموماً ایک ہی ممر اختیار کرتی ہیں ۔ بعض اوقات وریدوں میں ایک ممیز نبضان (pulsation) پایا جاتا ہے ۔ یہ اُس مقام پر جہاں مرکزی تنہ قرص پر ظاہر ہوتا ہے، سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے، اور کُرّہ چشم پر دباؤ پڑنے سے اور زیادہ ہو جاتا ہے ۔ یہ نبضان فعلیاتی (physiological) ہے ۔ اِس کے برعکس شرائین شبکیہ (retinal arteries) کا نبضان اَمراضیاتی ہے، اور زرق الما (گلاکوما)، قلبی مرض، اور شدید نقص الدم (anæmia) میں واقع ہوتا ہے ۔

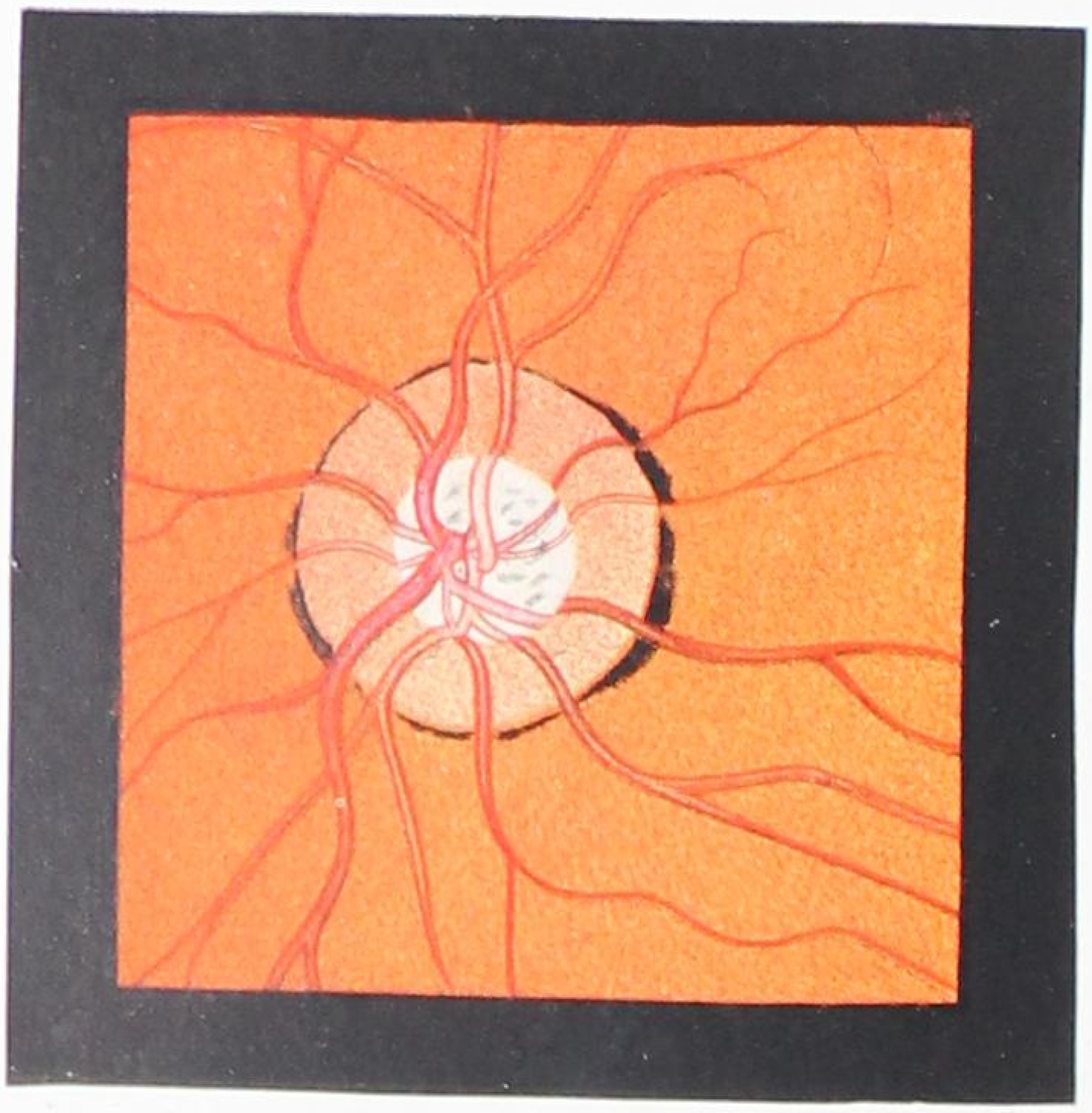
40

شبکیہ (Retina) بذاتہٖ شفاف ہے ۔ پس منظر کا رنگ عروقِ مشیمیہ (choroidal vessels) سے حاصل ہوتا، اور شبکیہ کے لونی سر خلیہ کی تہ (pigment-epithelium layer) اور مشیمیہ کے لون (pigment) سے ترمیم پاتا ہے ۔ گورے رنگ والے اشخاص میں اس کا رنگ تیز نارنجی سُرخ ہوتا ہے، مگر نسبتۃً گہرے (سیاہ) رنگ کے اشخاص میں زیادہ گہرا اینٹ جیسا سُرخ (خشتی سُرخ) ہوتا ہے ۔ قعرِ چشم ایک دانے دار یا نقطے دار

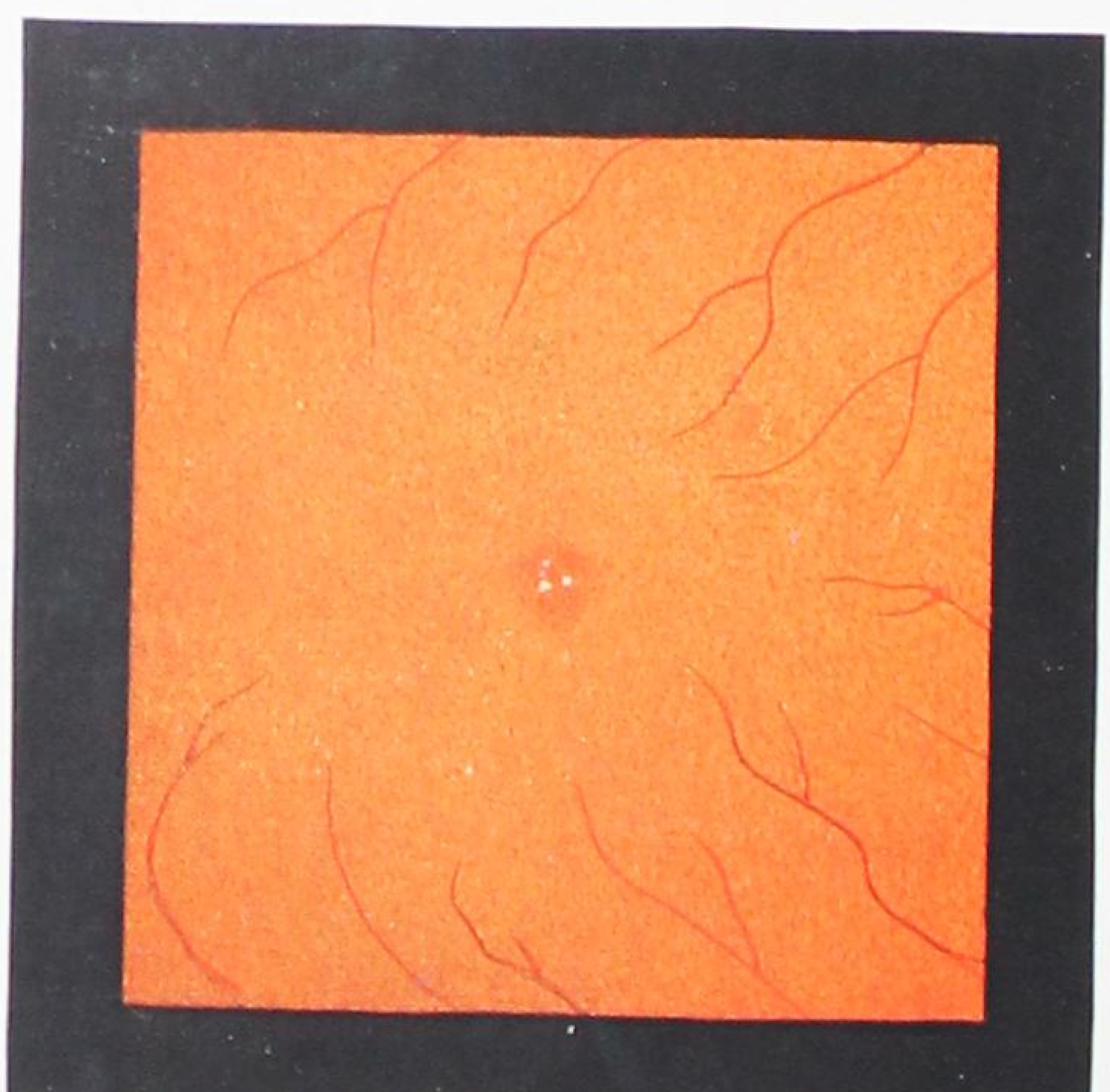
منظر پیش کرتا ہے، جو لونی خلیوں (pigment cells) کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے۔ جب شبکیہ کی لونی سطحی تہ خوب نمو یافتہ ہوتی ہے تو مشیمیہ کے عروق نہیں دیکھے جاسکتے۔ لیکن اکثر و بیشتر مشیمیہ کے عروق کی بہت کچھ تفصیل نظر آئے گی۔ ایسا دو حالتوں میں ہوتا ہے: بعض مریضوں میں شبکیہ کی لونی تہ سے کوئی دھندلاپن (ظلام یا پوشیدگی) نہیں پیدا ہوتا اور مشیمیہ کا لون بہت افراط کے ساتھ ہوتا ہے اور بین العروق فضاؤں میں جمع ہوجاتا ہے۔ ایسی صورت میں یہ فضائیں سیاہ جزیروں کی شکل میں نمایاں ہوتی ہیں، جو شوخ سرخ لکیروں اور پٹیوں کو جدا کرتے ہیں (یعنے اُن کے درمیان حائل ہوتے ہیں)۔ یہ سرخ لکیریں اور پٹیاں، جو دراصل مشیمیہ کے عروق (choroidal vessels) ہیں، آزادی کے ساتھ تفمم کرتی ہیں۔ (شکل ۴۸، صفحہ ۵)۔ دوسری حالتوں میں شبکیہ اور مشیمیہ دونوں میں بہت کم لونیت ہوتی ہے، جس کی وجہ سے مشیمیہ کے عروق صاف صاف دکھائی دیتے ہیں، اور اب شوخ سرخ تفمم کناں مجاری (anastomosing channels) کی تصویر پیش کرتے ہیں، جن کے درمیان زیادہ چمکدار فضائیں نظر آتی ہیں (شکل ۵۴، صفحہ ۳)۔ مشیمیہ کے عروق معیلی حصے میں سب سے زیادہ صاف طور پر نمایاں نظر آتے ہیں، اور چونکہ وہ شبکیہ کے عروق کے مقابلہ میں کم واضح الحدود اور چپٹے ہوتے ہیں، اُن میں روشنی کی دھاری نہیں ہوتی، وہ آزادانہ (کثرت سے) تفمم کرتے ہیں اور شبکیہ کے عروق کے مقابلہ میں صریحاً پیچھے کے مستوی میں واقع ہوتے ہیں، لہٰذا شبکیتی عروق سے باسانی تمیز کئے جاسکتے ہیں۔

لطخۂ اصفر (macula lutea) کا خط (شکل ۱، صفحہ ۶)

صحفه ٦



شکل ٥٠—قرص بصری کی فعلیاتی تنقیر (Physiological cupping)



شکل ٥١—طبعی لطخۂ اصفر (Normal macula lutea)

مقابل صفحه ٢٧

جو فعلیاتی حیثیت سے قعرِ چشم کا اہم ترین حصّہ ہے، عصب بصری کے مدخل کے صدغی جانب کچھ کم دو[1] قرصی قطر فاصلہ پر، بلاواسطہ بار است بصارت کی سیدھ میں واقع ہے۔ اکثر اوقات یہ خطّہ بمشکل کوئی ممیز خاصّہ پیش کرتا ہے۔ یہ مرئی عروق سے ہمیشہ مُعرّا، اور باقی ماندہ قعر کی نسبت کسی قدر زیادہ سیاہ ہوتا ہے۔ اس کے وسط میں اکثر اوقات ایک چمکدار دھبّہ دکھائی دیتا ہے، جو نقرۂ مرکزی (fovea centralis) کے مقام سے متناظر ہوتا ہے۔ بعض اوقات ایسے دو یا تین چمکدار دھبّے دکھائی دیتے ہیں۔ بعض اوقات لُطخی خطّہ ایک چمکدار دھبّے کی صورت میں ہوتا ہے جو ایک سیاہی مائل سرخ رنگ کے رقبہ سے گھرا ہوا ہوتا ہے، جس کی جسامت تقریباً قرص کے برابر ہوتی ہے، جو اُفقاً بیضوی ہوتا ہے، اور پھر اس کے گرد ایک اور حصاری چمکدار ہالہ ہوتا ہے۔ یہ معکوسہ (reflex) طریقۂ بالواسطہ سے بہترین طور پر دکھائی دیتا ہے، اور سیاہ رنگ کے بچّوں میں نہایت نمایاں ہوتا ہے، بالخصوص جبکہ وہ طویل النظر (hypermetropic) ہوں۔

41

فعلیاتی اختلافات (Physiological Variations)۔

سیاہی مائل رنگ کے بچّوں میں بارہا قعرِ چشم میں ایک چمکدار روشنی یا دمک دکھائی دیتی ہے، جو آئینہ کے حرکات کے ساتھ اپنا مقام بدلتی رہتی ہے۔ یہ عروقِ دمویہ کے ساتھ ساتھ نہایت نمایاں ہوتی ہے، اور آب دئیے ہوئے ریشم (watered silk) کی جھلمل (shimmer) سے مشابہ ہوتی ہے بعض اوقات غیر شفاف عصبی ریشوں کی وجہ سے ایک اور مخصوص اور عجیب منظر پیدا ہوجاتا ہے ایسی حالتوں میں عصب بصری کے چند ریشوں کے محور اُستوانے (axis cylinders) قرص کے قریب اپنا لحمی غلاف

---

[1] two disc-diameters۔

(medullary sheath) دوبارہ حاصل کرلیتے ہیں، اور اسی حالت میں حُلَیمہ (papilla) سے کچھ فاصلہ آگے تک چلے جاتے ہیں، اور قرص سے مختلف فاصلہ تک پھیلے ہوئے ایک یا زائد سفیدی مائل رقبے پیدا کرکے برش نما منتہاؤں میں ختم ہوجاتے ہیں (شکل ۴، صفحہ ۴)۔

تنویرِ عبوری

(TRANSILLUMINATION)

عینی معبرِ تنویر (ocular transilluminator) ایک پنسل کی شکل کا آلہ ہے، جس میں ایک ننھا سا برقی چراغ اور عدسات کا نظام ہوتا ہے۔ یہ عدسات اس آلہ کے سرے پر کے ایک چھوٹے سے سوراخ میں سے روشنی کے ایک شعاعہ (beam of light) (مجموعۂ شعاع) کا اظلال کرتے ہیں۔ اگر اس امر کا شبہ ہو کہ صلبیہ کے کسی ممکن الدّخل (accessible) حصّے کے نیچے ایک ٹھوس سلعہ واقع ہے، لیکن وہ چشم بین سے نظر نہیں آسکتا تو آنکھ کو خفیف سا عدیم الحس کرکے آلہ کو اس مقام پر رکھکر آنکھ پر دبایا جائے، اور اگر ممکن ہو تو روشنی کا رُخ کسی قدر سامنے کو رہے۔ ممکن ہے کہ ایک ٹھوس سلعہ کا سایہ پُتلی کی اُس سُرخ تنویر کی نسبت، جو آلہ کو اسی عرضِ بَلَد (latitude) میں کسی دوسرے خطِ نصف النہار (meridian) میں رکھنے سے حاصل ہوتی ہے، زیادہ نمایاں طور پر تاریک پڑے۔

بیشتر برقی چشم بینوں کو ایک خاص مُلحقہ (special attachment) استعمال کرکے اس مقصد کے لئے موافق بنایا جاسکتا ہے۔

مے کی چشم بین (May ophthalmoscope) کی حالت میں اتنا ہی کافی ہے کہ اُس کے کھلے ہوئے برقی جوفہ (electric bulb) کو پپوٹوں کی بیرونی سطح پر لگا کر کرّہ چشم پر محکم دباؤ ڈالا جائے اور اِس طرح روشنی کو مختلف سمتوں سے پپوٹے اور صلبیہ میں سے گذار کر دیکھا جائے۔

قرنیتی خردبین (Corneal Microscope) اور شگافی چراغ

(Slit-Lamp) (گل اسٹرانڈ :Gullstrand کا) ۔ یہ ایک ایسا مجموعہ پیش کرتے ہیں، جو اگرچہ کہ پیچیدہ، دِقّت طلب اور گراں قیمت ہوتا ہے، لیکن اب آنکھ کے اگلے حصّے کے دقیق تغیّرات کے مطالعہ کے لئے زیادہ رائج ہو رہا ہے۔ شگافی چراغ (slit-lamp) سے نہایت چمکدار روشنی حاصل ہوتی ہے جو ایک نہایت تیز اور تنگ پٹّی (بند) کی صورت میں مُکثّف (condensed) ہو جاتی ہے۔ روشنی کا یہ تیز بند زیرِ امتحان حِصّوں میں سے گذر کر انھیں عینی تراش (optical section) میں نمایاں کرتا ہے، اور باقی ماندہ آنکھ تاریکی میں رہتی ہے۔ اَب اِس منوّر تراش کا امتحان دو چشمی خُردبین (binocular microscope) سے کیا جاتا ہے۔ اس شدید اور مُرتکز تنویر اور مستزاد تکبیر کی مدد سے ہم ملتحمہ[1]، قرنیہ[2]، قزحیہ[3]، عدسہ[4]، گرد عدسی فضا (circumlental space) اور جسمِ ہدبی (ciliary body) بلکہ زجاجیہ (vitreous) کے اگلے حِصّے تک کے خُردبینی تغیّرات کا مطالعہ کر سکتے ہیں۔ یہ آلہ گراں قیمت ہوتا ہے اور اِس کے استعمال کے لئے معتدبہ مشق و مزاولت کی ضرورت ہے۔ لیکن چوں کہ

---

[1] conjunctiva. [2] cornea. [3] iris. [4] lens.

امتحان کا یہ طریقہ بہت اہم ہے اور اب طلبائے عینیات کے نصاب کا ایک جزُ قرار دیا گیا ہے، لہٰذا اِس کے لئے ایک علٰحدہ باب مخصوص کیا گیا ہے۔

43

باب چہارم

شگافی چراغ اور قرنیتی خردبین

(SLIT-LAMP AND CORNEAL MICROSCOPE)

(از ٹی۔ ہیریسن بٹلر[1])

چراغ کی روشنی سے یا اوسرم ('Osram') کی طرز کے معمولی برقی گولے کے ذریعہ آنکھ کی تنویرِ مؤرب (oblique illumination) سے قرنیہ، قزحیہ، اور عدسہ کے اگلے حصّے کے متعلق معلومات حاصل ہوتی ہیں، لیکن اِن معلومات کی منفعت محدود ہوتی ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ منتشر روشنی کی طاقتِ نفوذ کم ہوتی ہے اور وہ صاف اور واضح الحدود ماسکہ پر نہیں لائی جاسکتی، نیز یہ کہ لُوپ (loupe) (عدسۂ مکبّر) سے ادنی درجہ کی تکبیر حاصل ہوتی ہے۔ آخرالذکر دقّت دوچشمی قرنیتی خُردبین (binocular corneal microscope) سے رفع کی جاسکتی ہے جس کی کارآمد تکبیر تقریباً ۸۵ قطروں (85 diameters) تک کی ہوتی ہے۔

---

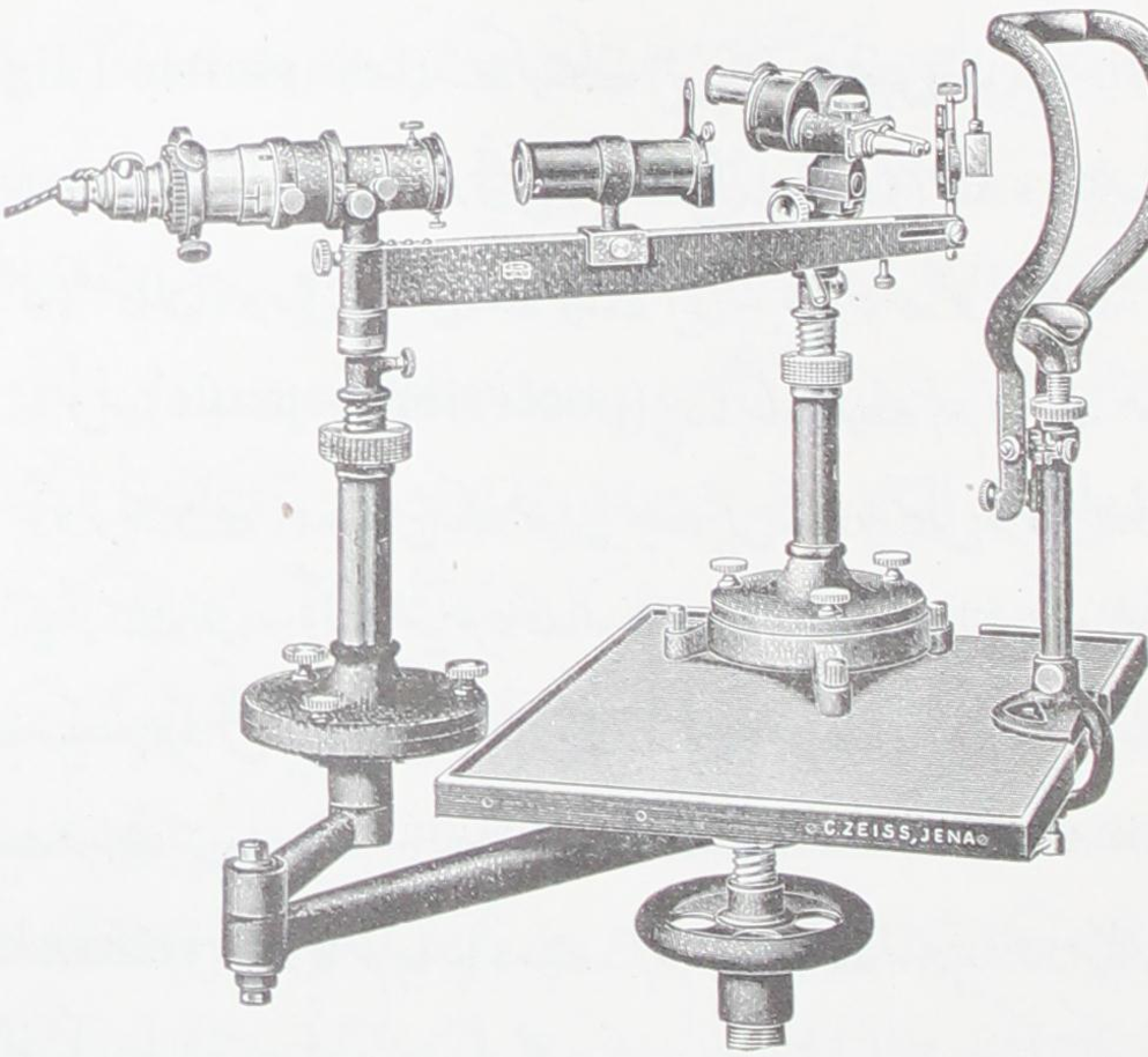
[1] – T. Harrison Butler.

اور جس سے مُجسّم بینی بصارت (stereoscopic vision) حاصل ہوتی ہے۔ اگر ہم بجائے معمولی روکھے شیشہ کے گولے (frosted globe) کے، ۶۰ شمعیہ طاقت (60 candle-power) کا ہاف واٹ ("half-wat") گولہ استعمال کریں تو اُس کے مُدوّر تار (filament) کی شبیہ کو کسی بھی شئے پر ایک چمکدار لکیر کی طرح ماسک (focus) کر سکتے ہیں، یا متبادلاً ہم مکثف عدسہ کو خارج از ماسکہ (out of focus) کر کے ایسی منتشر تنویر حاصل کر سکتے ہیں جو اُس تنویر سے بدرجہا اعلیٰ و ارفع ہوتی ہے جو معمولی طرز کے عام گولے (orthodox bulb) سے حاصل ہوتی ہے۔ آنکھ کی گہرائیوں میں ہم کسی قدر رغیر واضح الحدود شعاعہ (beam) ڈالکر کرۂ چشم کی گہرائی میں موضوعات کے نظارے کے لئے ضروری نفوذ حاصل کر سکتے ہیں۔

آلور گل اسٹرانڈ آپسالوی (Allvar Gullstrand of Upsala) کا ایجاد کردہ شگافی چراغ درحقیقت ایک چھوٹی سی سرچ لائٹ (searchlight) ہے، جو آنکھ کے اندر ایک تیز اور واضح الحدود شعاعہ (مجموعۂ شعاع) ڈالتی ہے، جسے حسب خواہش ماسک کر سکتے ہیں۔ شکل ۵۲ میں زئس کے شگافی چراغ (Zeiss slit-lamp) کا جدید ترین نمونہ دکھایا گیا ہے۔ شکل ۵۳ میں دکھلائی ہوئی خُردبین ایک ترتیب پذیر (adjustable) میز پر پھسلتی ہے، اور شگافی چراغ اُس پر اس وضع میں جمایا گیا ہے کہ اس سے شعاعہ کا اضلال (projection) کسی بھی زاویہ پر کیا جا سکتا ہے، اور شعاعہ بہ سرعت ایک آنکھ سے دوسری آنکھ میں منتقل کیا جا سکتا ہے۔ روشنی ایک ترتیب پذیر شگاف میں سے ہو کر گذرتی ہے، جو شعاعہ کی

چوڑائی کو ا ملی میٹر سے لیکر ۱/۵۰ ملی میٹر تک بدل سکتا ہے۔ ترتیب بند پر ذقن دان (chin rest) اور جبہہ دان (forehead rest) شکل میں دکھلائے گئے ہیں۔

44



شکل ۵۲۔ قرنیتی خردبین اور گل اسٹرانڈ کا شگافی چراغ۔

(Corneal Microscope and Gullstrand's Slit-Lamp)

چونکہ ہمارے پاس تیز چمکدار روشنی (ناٹرالمپ :nitra-lamp جو استعمال کیا جاتا ہے ۵۰ شمعیہ طاقت کا ہوتا ہے) کا ایسا شعاعہ ہوتا ہے جسے کسی بھی زاویہ پر ڈال کر کسی بھی مقام پر ماسک کیا جا سکتا ہے، لہٰذا ہم امتحان کے منتخب طریقے اختیار کر سکتے ہیں۔ ہم کسی شے (مثلاً قرنیہ ہیں کے

کسی جسمِ غریب foreign body: یا قزحیہ iris: کی سطح) پر براہِ راست ماسکہ قایم کر سکتے ہیں یہ راست ماسکی تنویر (direct focal illumination) ہے ۔ تبادلاً ہم شعاعہ کو زیرِ امتحان شئے کے پیچھے کی کسی انعکاسی سطح پر ماسک کر کے اُس شئے کا مشاہدہ عبوری روشنی (transmitted light) سے کر سکتے ہیں ۔ یہ عقبی تنویر (retro-illumination) ہے ۔ روشنی کا ایک چمکدار ثانوی مبدء قزحیہ پر بنا کر قرنیہ کا امتحان عبوری روشنی سے کر سکتے ہیں ۔ یا شعاعہ کو عدسہ کے غلاف مؤخر (posterior capsule) پر ماسک کر کے ہم قزحیہ کو پیچھے سے منوّر کر سکتے اور اُس کے ملوّن طبقہ میں کے ندبول رقبوں اور انشقاقات کو واضح کر سکتے ہیں ۔ اگر قرنیہ عروقدار (vascularized) ہو گیا ہو تو ہمیں اِن باریک عروق میں خون کا حقیقی دوران صاف طور پر نظر آتا ہے ۔

تیسرے طریقے میں منطقۂ اِنعکاسِ منظاری (zone of specular reflection) سے کام لیا جاتا ہے ۔ ہم شعاعہ کے زاویہ اور مریض کے خطِ نگاہ کی مطابقت خُردبین کے محور کے ساتھ اِس طرح سے کر سکتے ہیں کہ انعکاسی سطح سے آنے والی روشنی ممتحن کی آنکھ میں پہنچے ۔ قرنیہ کی پُشت پر استر کرنے والے دروں خُلمی خلیّات (endothelium cells) چمکدار رقبہ کے کِنارے پر تمیز کئے جا سکتے ہیں، اور عدسہ کے اگلے اور پچھلے غلافوں کی ساغری سطح[۱] (shagreen surface) کا مطالعہ

45

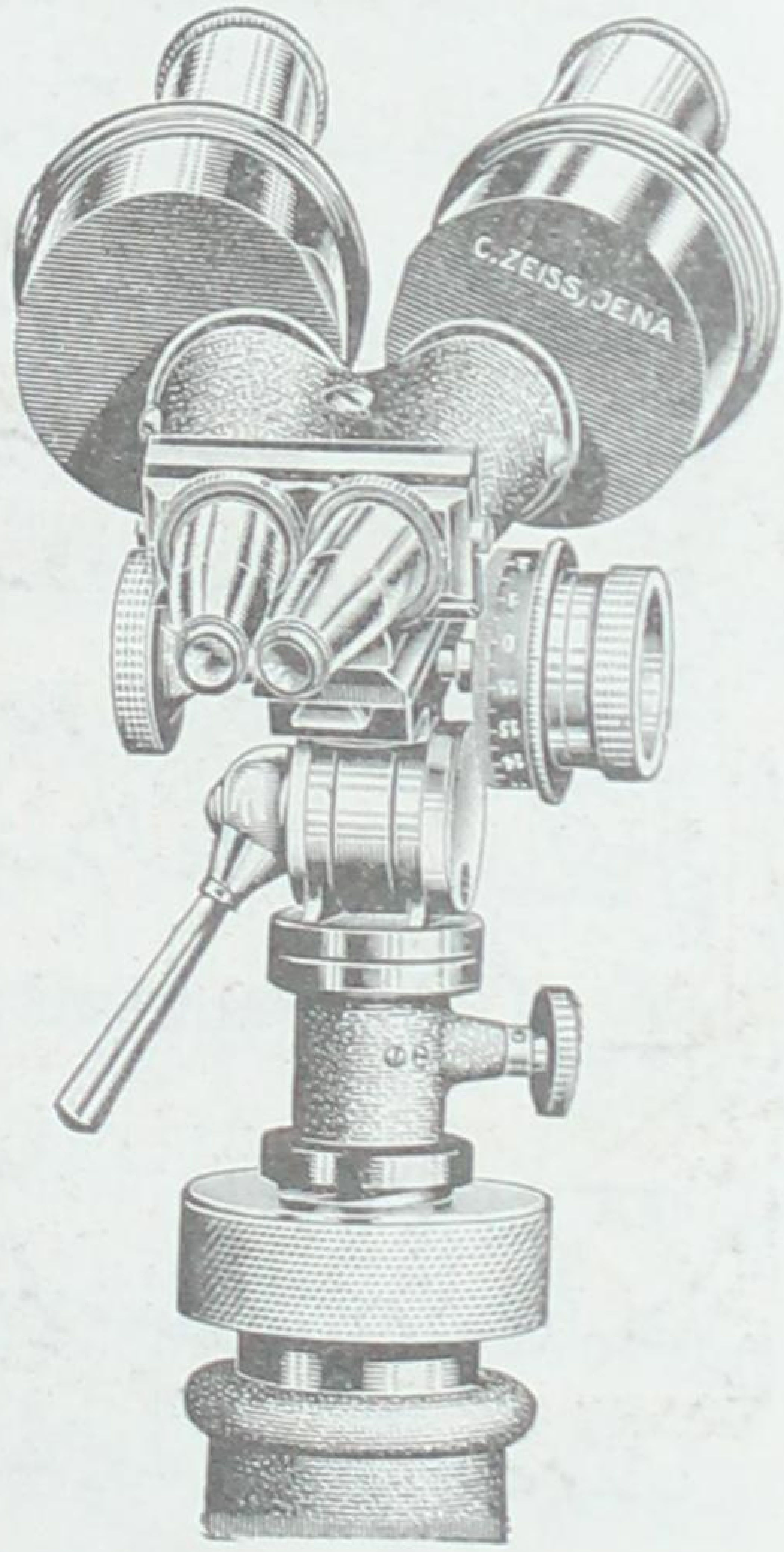
[۱] شاگرین، بقول ویبسٹر تُرکی لفظ ساغری سے ماخوذ ہے، جس کے معنے گھوڑے، گدھے وغیرہ باربردار جانوروں کے پُٹّھے کے چمڑے کے ہیں ۔ اِس کا اِطلاق ایک قسم کے غیر مدبوغ چمڑے پر

کیا جاسکتا ہے ۔ اِس آئینہ کی روشنی کے استعمال سے قرنیہ اور عدسہ کے تغیّرات کے متعلق قیمتی معلومات حاصل ہوتے ہیں ۔

شگافی چراغ (slit-lamp) کا امتحان عریض (چوڑے) شعاع یا تنگ (سکڑے) شعاع، دونوں سے کیا جاسکتا ہے ۔ عریض شعاع آنکھ کی انعکاسی سطحوں کے متعلق معلومات حاصل کرنے کے لئے خاص کر پسند کیا جاتا ہے ۔ وہ سطحات یہ ہیں: قرنیہ کی مقدّم سطح ۔ غشاءِ ڈسیمیٹ (Descemet's membrane)۔ قرنیہ کی مؤخر سطح ۔ عدسہ کا غلافِ مقدّم ۔ عدسہ کے مختلف نواتوں کی سطحیں ۔ عدسہ کا غلافِ مؤخر ۔ اور بالآخر شبکیہ (retina) کی سطح ۔ آنکھ کے مناظری حالات اِس آلہ کے تحوّل یا وسعت (range) کو زجاجیہ (vitreous) کے مقدّم ثلث تک محدود رکھتے ہیں، لیکن اگر ایک تماسی شیشہ (contact glass) استعمال کر کے

بقیہ حاشیہ صفحہ گذشتہ ۔ کیا جاتا ہے جو روس اور دیگر مشرقی ممالک میں گھوڑے، گدھے، اونٹ وغیرہ کے چمڑے سے تیار کیا جاتا ہے ۔ اِس پر چھوٹے چھوٹے گول دانے اُبھرے ہوتے ہیں تازہ نم چمڑے کی اُس جانب کو، جس پر بال ہوتے ہیں، چھوٹے بیج یا دانے رکھکر دبایا جاتا ہے اور پھر خشک ہونے پر اُس کی ناہمواریوں کو کھرچ کر دور کر دیا جاتا ہے، پھر اسے پانی میں بھگو دیا جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دبائے ہوئے یا گڑھے دار حصے پھول کر خوب اُبھر آتے ہیں اور ایک ذرّاتی یا دانے دار منظر پیدا ہو جاتا ہے ۔ پھر اِس چمڑے کو مختلف رنگوں (بالخصوص سبز) سے رنگ دیا جاتا ہے ۔ یہاں ساغری سطح سے ناہموار کھردری اور ذرّاتی یا دانہ دار سطح مراد ہے ۔ جدید مصری میں، شاگرین کو معرب کر کے شجران بنا لیا ہے (مترجم) ۔

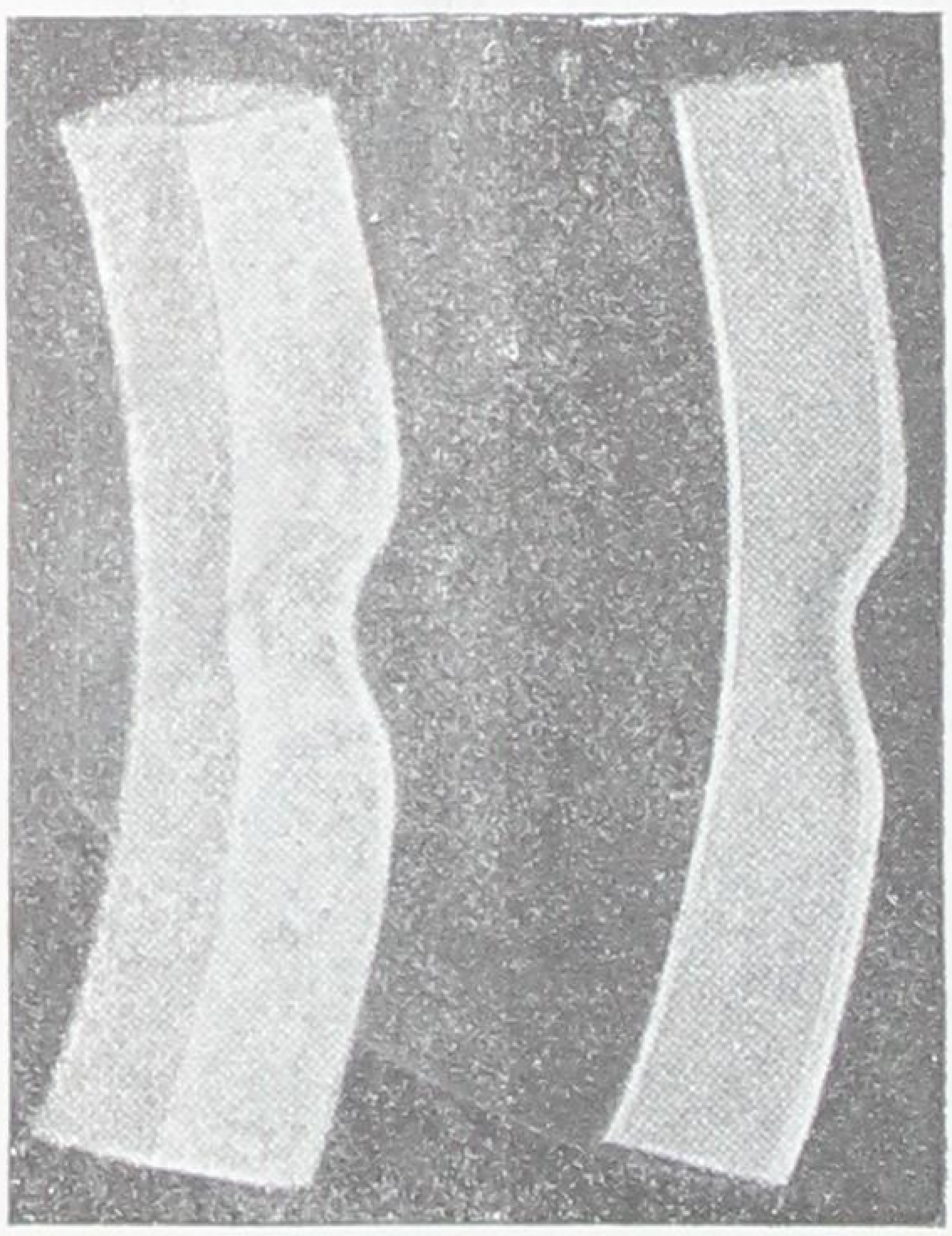
قرنیہ کے انعطاف کو زائل کر دیا جائے تو زجاجیہ کے مؤخر حصے اور شبکیہ بھی اس آلہ کی حدِ رسائی میں لائے جاسکتے ہیں۔ تنگ شعاعہ کا استعمال آنکھ کا امتحان بصری تراش (optical section) میں کرنے کے لئے کیا جاتا ہے، اور یہ شعاعہ نہایت ہی عظیم الاہمیت ہے۔ معمولی طریقے دو ابعاد (dimensions) تک محدود رہتے ہیں، لیکن شگافی چراغ سے تیسرا بعد (dimension) بھی حاصل ہو جاتا ہے۔ آنکھ کی ساختوں کی گہرائی کی تخمین ہم خردبین کے مجسّم بینی خصائص (stereoscopic properties) سے استفادہ کر کے بالخصوص معائنہ کے ذریعہ سے کر سکتے ہیں، نیز اگر ضرورت ہو تو خرد پیما کے چشمہ (micrometer eye-piece) کی مدد سے حقیقی پیمائش کر کے، اور خرد پیما کا ڈھول (micrometer drum) استعمال کر کے جو خردبین سے لگا ہوا ہوتا ہے اور نلیوں کی مسافت کا اندراج ملی میٹر کی دہائیوں میں کرتا ہے۔ ہم قرنیہ کے دروں جلمی خلیات (endothelial cells) کو اور ازاں بعد قرحیہ کی سطح کو ماسکہ پر لاتے ہیں۔ خردبین کی اس مسافت سے



شکل ۵۳۔ راسِ خردبین، جس کے ساتھ ڈاکٹر البرک (Dr. Ulbrich) کا درجہ دار ڈھول لگا ہوا ہے۔

جو ڈھول پر پڑھی جائے، خزانۂ مقدم (anterior chamber) کی گہرائی کی خاصی صحیح پیمائش حاصل ہوگی، اور یہ زرق الماء (glaucoma) کی حالت میں کارآمد ہو سکتی ہے۔

ہم قرنیہ کو بصری تراش (optical section) میں دیکھ سکتے اور اُس کی دبازت اور اُس کے منحنیوں (curvatures) کی نوعیت کا اندازہ کر سکتے ہیں۔ معائنہ کے ذریعہ کسی قرحہ کی گہرائی تحقیق کی جا سکتی ہے، اور شعاع کو اُس کی سطح پر عرضاً حرکت دیکر قرحہ کی وسعت اور حدود کا نقشہ تیار کیا جا سکتا ہے۔



شکل ۵۴۔

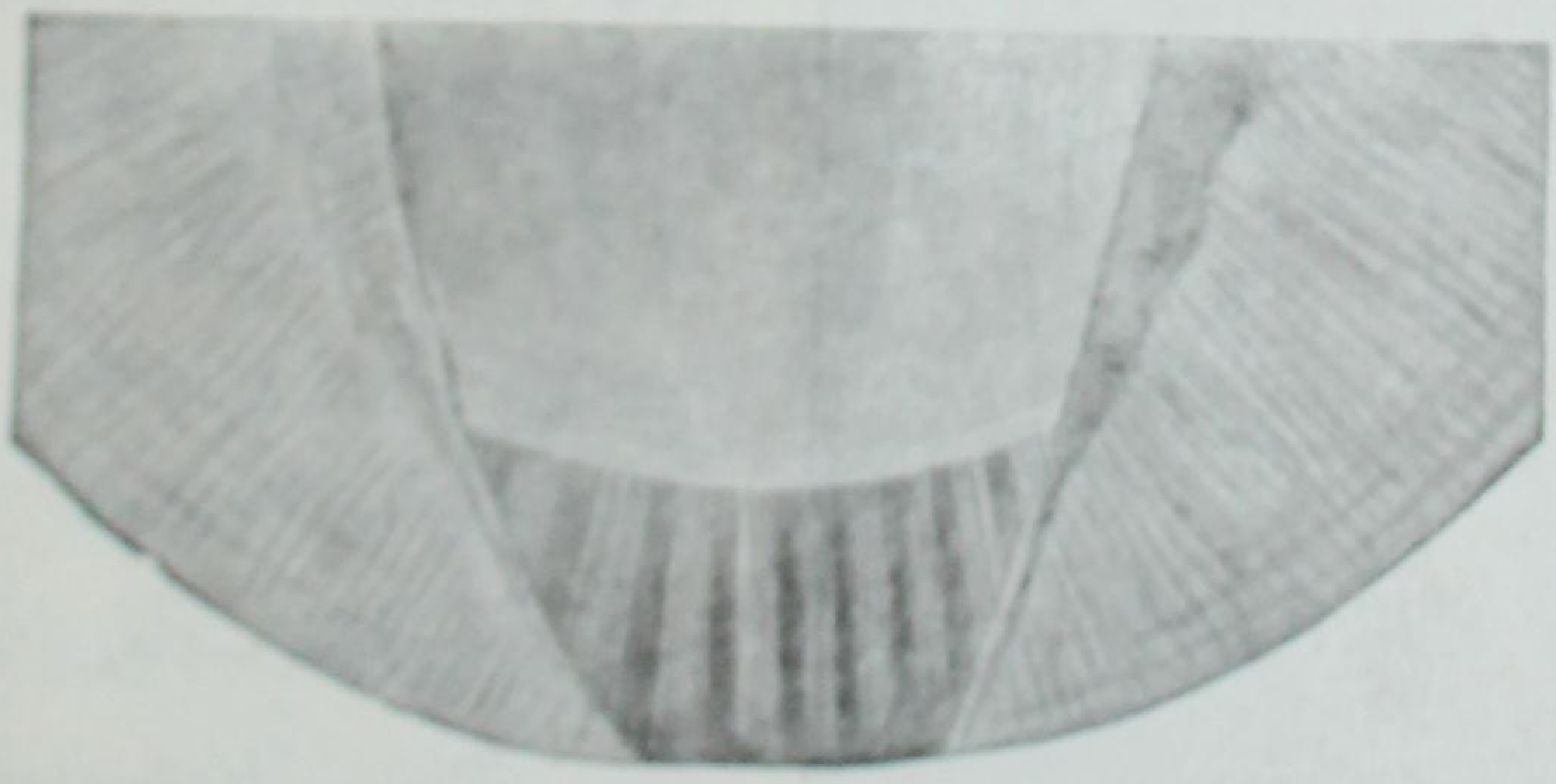
شکل ۵۴ میں ایک قرحۂ قرنیہ بائیں جانب عریض شعاع سے اور دائیں جانب بصری تراش میں تنگ شعاع سے منوّر کیا ہوا نظر آتا ہے۔ تاریک رنگت فلوریسین (fluorescein) کے نفوذ کی گہرائی کو ظاہر کرتی ہے۔

مخروطی قرنیہ (conical cornea) کے تغیّرات آنکھ کو صاف نظر آنے لگتے ہیں، اور کسی جسمِ غریب کا محلِ وقوع یا کسی التہابی ماسکہ (مرکز) کا تحیز (location) صحیح طور پر معلوم ہو جاتا ہے۔

ساخت عدسہ

تنگ شعاع استعمال کر کے عدسہ کو ہم مرکزی نواتوں کے

کئی سلسلوں میں تقسیم کیا جا سکتا ہے۔ غلافِ عدسہ (capsule) ایک پتلی چمکدار لکیر کے مانند نظر آتا ہے اور اُس کے نیچے ایک صاف رقبہ زیرِ غلافی خط (subcapsular line) سے محدود ہوتا ہے۔ کانچ پھونکنے والوں کے موتیا بند (glassblowers' cataract) میں غلاف کی مقدم سطح سے ایک مہین سی تہ (فلم) اُترتی ہوئی نظر آ سکتی ہے۔ یہ منطقی وَرَقیہ (zonular lamella) ہے۔ رباطِ مُعلّق (suspensory ligament) کے ریشے اِسی ساخت میں پیوستہ ہو کر منتہی ہوتے ہیں اور

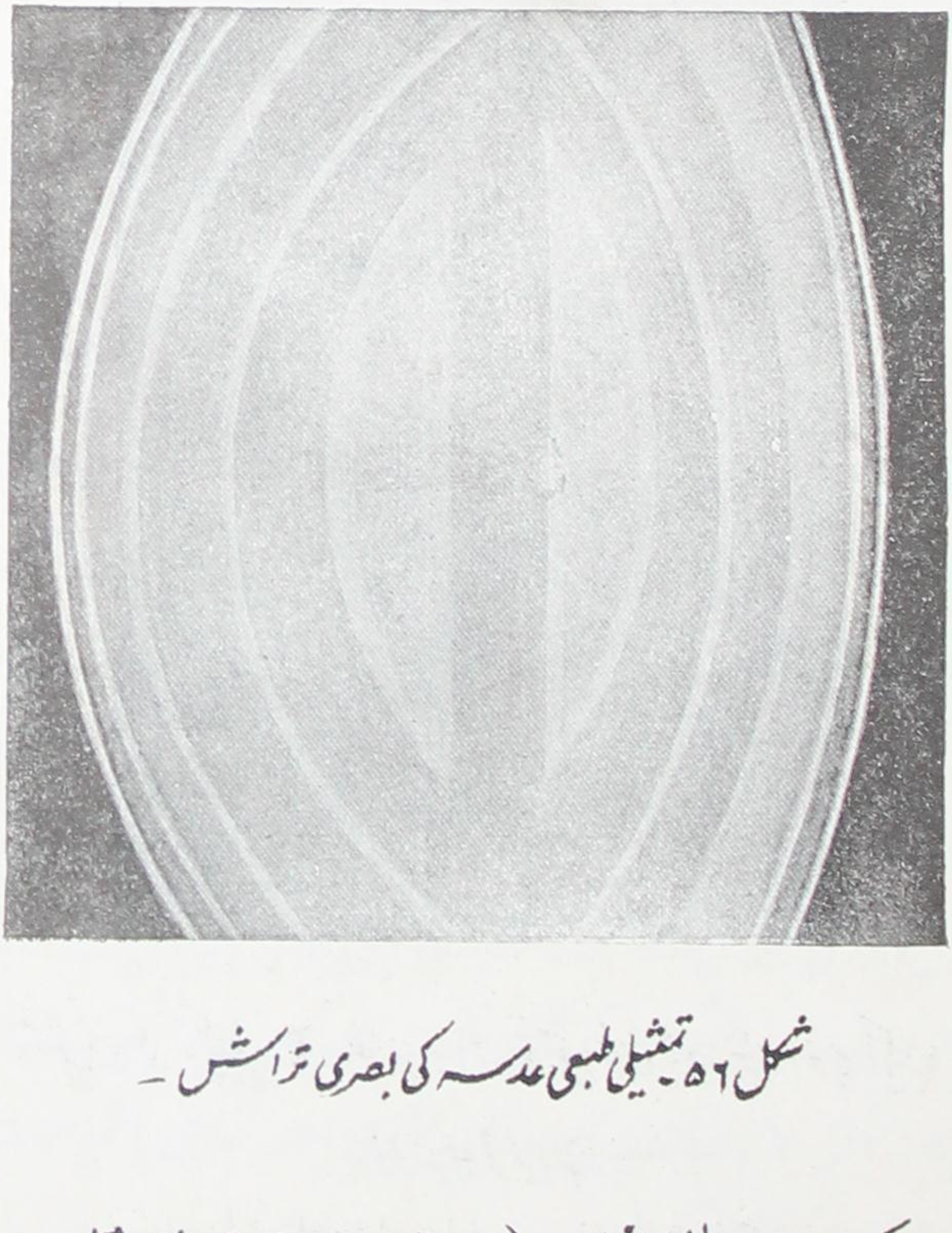


شکل ۵۵۔ قزحیہ کا پیدائشی شقاق، جس میں رباطِ مُعلّق کے ریشے بنڈلوں کی صورت میں مرتب نظر آتے ہیں۔

ایسی حالتوں میں جیسے کہ پیدائشی شقاقِ قزحیہ (congenital coloboma of iris) اور انخلاعِ عدسہ (sudluxation of the lens)، شگافی چراغ کی مدد سے دیکھے جا سکتے ہیں۔ وہ بنڈلوں میں مرتب ہوتے ہیں جو زوائد ہدبیہ (ciliary processes) کے درمیان کی وادیوں میں

(ہر جانب ایک ایک) واقع ہوتے ہیں، اور پیچھے جا کر حاشیہ مُسَنَّن (ora serrata) کے قریب منتہی ہوتے ہیں۔ اِن کی ترتیب شکل ۵۵ میں نظر آتی ہے۔

47　پہلے عدسی نوات (lens nucleus) کو قشرہ (cortex) کہتے ہیں

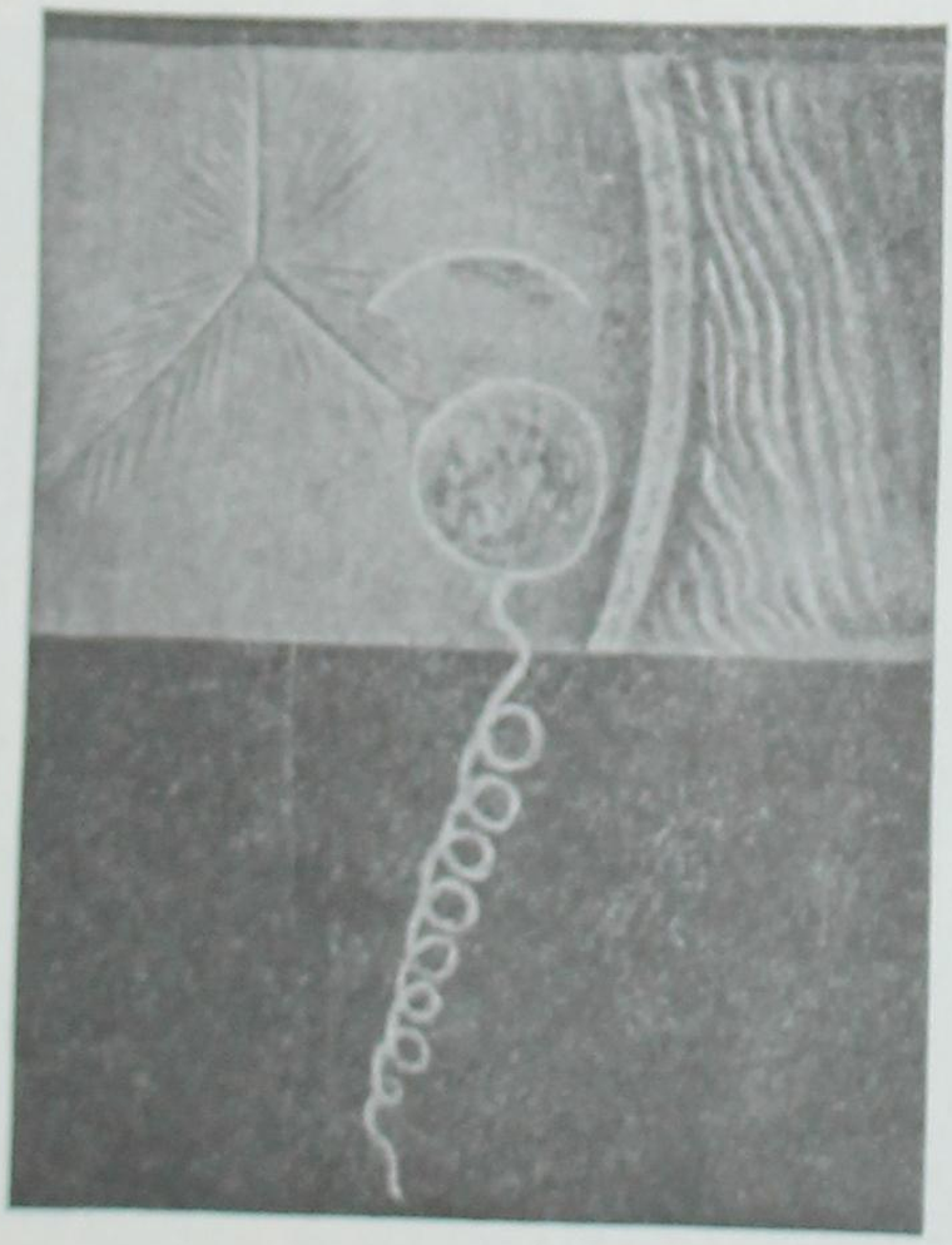


شکل ۵٦۔ تمثیلی طبعی عدسہ کی بصری تراشش۔

اور اِس کے اندر بالغ نوات (adult nucleus) ہوتا ہے۔ اِس کے بعد کا نوات رضیعی نوات (infantile nucleus) اور پھر جنینی نوات (fœtal nucleus) ہے جو دو مستوی محدّب (plano-convex) اجسام پر مشتمل ہوتا ہے، جن میں ایک کی مستوی سطح

48

دوسرے کی مستوی سطح کے سامنے لگی ہوئی ہوتی ہے۔ بالآخر عدسہ کے مرکز میں مضغی نوات (embryonic nucleus) ہوتا ہے، جو مرکزی صاف خطّہ ہے۔ یہ عدسہ کا قدیم ترین حصہ ہے۔ مثالی بالغ عدسہ کا منظر بصری تراش میں شکل ۵۶ میں دکھایا گیا ہے۔



شکل ۵۰۔ پچھلی Y نما درز اور قوسی خط جس کے اوپر ایک دوسری قوس ہے۔
شریان زجاجی (hyaloid artery) نہایت واضح ہے۔

ہیض شعاعہ سے ہم ان میں سے بعض نواتوں کی سطحات اور ساتھ ہی اُن کی ممیز و ممتاز درزوں (sutures) کا امتحان کر سکتے ہیں۔

اِن درزوں کے پورے بیان کے لئے طالب علم کو لازم ہے کہ شگافی چراغ سے متعلق کسی کتاب کا مطالعہ کرے، کیونکہ یہ درزیں عدسہ کی بالیدگی (نشوونما) سے گہرا تعلق رکھتی ہیں۔ سب سے زیادہ دلچسپ درز، جو شگافی چراغ کی ایجاد سے پہلے ہی مشہور و معروف تھی، Y نما درز (Y suture) ہے، جو جنینی نواتت کی سطح پر ہوتی ہے۔ وُرَیقی نزول الماء (lamellar cataract) کی بعض مثالوں میں یہ درز اکثر معمولی لُوپ (loupe) (عدسۂ مکبّر) سے دیکھی جا سکتی ہے۔ اگلا Y سیدھا ہے اور پچھلا اُلٹا ہوتا ہے۔ (مگر) تشریح کی تمام نصابی کتابوں میں اور آنکھ سے متعلق اکثر کتابوں میں اِس کے برعکس وضع بتلائی گئی ہے۔ شگافی چراغ کے ذریعہ محض معمولی معائنہ سے Ys کی صحیح صحیح وضع نظر آجائے گی۔ Y کے بازوؤں سے عدسی ریشے تشعع کر کے خطِ استوا کی طرف جاتے ہوئے نظر آسکتے ہیں، جہاں وہ خم کھا کر مقابل جانب کی درز سے جا ملتے ہیں۔

بیشتر بچوں اور بعض بالغوں میں شریانِ زجاجی (hyaloid artery) خلف العدسہ فضا (retro-lental space) میں ایک بَل دی ہوئی ڈوری کے ٹکڑے کے مانند نیچے لٹکتی ہوئی نظر آتی ہے۔ یہ عدسہ کے پچھلے غلاف سے، اُس کے پچھلے قطب سے کسی قدر انفی جانب، چسپاں ہوتی ہے۔ مؤخر Y نما درز مع عدسی ریشوں اور زجاجی باقیات کے شکل ۷، ۵ میں دکھائی گئی ہے۔

49

شگافی چراغ کی سریری منفعت

ظاہر ہے کہ صحیح تعیّنِ مقام (تحیّز) جو اِس آلہ سے حاصل ہوتا ہے

بڑے کام کی چیز ہے۔ صنعتی رقبوں میں یہ فیصلہ کرنے کے لئے کہ آیا کسی جسم غریب (foreign body) نے قرنیہ کو چھید دیا ہے، یہ ہمیشہ کام میں لایا جاتا ہے۔ اور اکثر اِس امتحان سے ظاہر ہوتا ہے کہ کرۂ چشم کے اندر دھات کا کوئی ریزہ موجود ہے۔ قرنیہ کے ندبۂ ثاقب (perforating scar) کی عمر کا تخمینہ کیا جا سکتا ہے، اور یہ چیز معلوم ہو جائے تو بعض اوقات ایک طبی قانونی مقدمہ میں قطعی اہمیت رکھتی ہے۔ عدسہ کے عتمات (opacities) کی نوعیت اور محلِ وقوع کا ٹھیک اندازہ کیا جا سکتا ہے، اور اُنکی ترقی کی نگرانی کی جا سکتی ہے۔ شگافی چراغ کی مدد سے موتیا بند کی بہت سی نئی اقسام کا انکشاف ہوا ہے، اور اُن کے مشہور اصناف کی نوعیت اب نسبتًہ بہتر طور پر ذہن نشین ہو گئی ہے۔ بوڑھے اشخاص میں عدسی صلابت (lens sclerosis) کا مرکزی حصہ، اور بالغ نوات کی سطح اب تقریبًا اُتنی ہی روشنی منعکس کر سکتی ہے جتنی کہ خود غلافِ عدسہ کر سکتا ہے۔ اگر اِس صلابت کے ساتھ انعطاف نما (index of refraction) میں بھی زیادتی ہو تو مرکزی نوات (جس کا انحنا عدسہ کی بیرونی سطح کے انحنا کے نسبت زیادہ نمایاں ہوتا ہے) روشنی کو عدسہ کے محیطی حصہ کے نسبت زیادہ منعطف کرتا ہے۔ مندرجہ بالا توجیہ سے واضح ہو جائے گا کہ عدسہ میں دو ماسکے کیسے پیدا ہو جاتے ہیں۔ بوڑھے اشخاص میں پُتلی عمومًا چھوٹی ہوتی ہے، چنانچہ اُن میں انعطاف کا تغیر صرف عدسی قصر البصر (lental myopia) پیدا کرتا ہے۔ لیکن اگر پُتلی چوڑی ہو تو شبکیتی شبیہ (retinal image) زیادہ دُھندلی ہو جاتی ہے اور شگافی چراغ کے بغیر ناقص تیزیٔ نظر کی توجیہ بتلانا مشکل ہو جائے گا، کیونکہ عدسہ اکثر بالکل شفاف ہوتا ہے۔

آنکھ کی التہابی حالتوں میں شگافی چراغ ایک لابدی چیز ہے۔
اس کی مدد سے ہم ذرّات، بلکہ خلیات کو یا حقیقی خلیات کے جھنڈوں کو
50 خزانۂ مقدم کے مائیہ (aqueous) اور خلف العدسہ فضا (retrolental
space) میں اور زجاجیہ (vitreous) میں تیرتے ہوئے دیکھ سکتے ہیں۔
چونکہ قرنیہ قزحیہ (iris) کے نسبت زیادہ سرد ہوتا ہے، لہذا خزانۂ مقدم
میں حملی روئیں (convection currents) واقع ہوتی ہیں۔ اسی وجہ
سے یہ ذرّات قزحی جانب اوپر اُٹھتے ہوئے اور قرنیہ کے پیچھے نیچے کو گرتے
ہوئے گردش کرتے رہتے ہیں۔ اگر التہاب زیادہ شدید ہو جاتا ہے تو
مائیہ البومینی ہو جاتا ہے، حملی روئیں موقوف ہو جاتی ہیں، اور ذرّات ساکن
ہو کر استراحت پذیر ہوتے ہیں۔ اب روشنی کا شعاعہ، جبکہ وہ خزانۂ مقدم
میں سے گذرتا ہے، مرئی (visible) ہو جاتا ہے (یعنے نظر آنے لگتا ہے)۔
یہی نام نہاد طور پر لمعہ یا دَمک (flare) کہلاتا ہے۔ اِس دَمک
کی شناخت اور مائیہ میں ذرات کی موجودگی اکثر ایسے خطرناک التہابات
(جیسے کہ مشارکی التہاب چشم : sympathetic ophthalmitis)
کے ابتدائی ترین امارات (signs) ہیں، اور شگافی چراغ کے استعمال سے
ہمیں یہ قدرت حاصل ہو جاتی ہے کہ ہم اس ہولناک پیچیدگی کو معمولی طریقۂ
امتحان کے مقابلہ میں چند روز پہلے شناخت کر سکتے ہیں۔ چنانچہ N. A. B.
کے ذریعہ فوری علاج شروع کیا جا سکتا ہے، اور مشارکی التہاب چشم کے
بیشتر مریضوں میں دونوں آنکھیں بچائی جا سکتی ہیں۔ خزانۂ مقدم میں خلیات
کی موجودگی عموماً التہابِ مشیمیہ (choroiditis) پر دلالت کرتی ہے، اور
چشم بین سے بہ احتیاط تلاش کرنے پر اکثر قعرِ چشم میں مرکزِ مرض (focus)

کا پتہ مل جائے گا۔

شگافی چراغ کی مدد سے رسوباتِ قرنیہ (corneal precipitates) کی جو نوعیت محقق اور واضح ہوتی ہے وہ ایک تشخیصی اہمیت رکھتی ہے۔ لونی مطروحات (pigmented deposits) کوئی خطرناک اہمیت نہیں رکھتے۔ ممکن ہے کہ موتیا نکالنے کے عملیہ کے بعد عدسی قشرہ کے کچھ قرنیہ کی پچھلی سطح سے چپک جائیں اور تاوقتیکہ شگافی چراغ سے اُن کی حقیقی نوعیت ظاہر نہ ہوجائے تشویش کا باعث رہیں۔ اس کے برعکس شفیف قرنی رسوبات (pellucid keratic precipitates) جسم ہدبی (ciliary body) اور مشیمیہ (choroid) کے شدید التہاب پر دلالت کرتے ہیں۔ قزحیہ (iris) کی سطح پر اور پُتلی کے حاشیہ کے قریب جیلاتینی رسوبات وہی ظاہر کرتے ہیں جو شفیف قرنی رسوبات (pellucid keratic precipitates) سے ظاہر ہوتا ہے۔ وہ ظاہر ہوتے اور غائب ہوتے ہیں اور ممکن ہے غلطی سے درنات (tubercles) سمجھ لئے جائیں۔ اکثر ہمیں اس امر کے متعلق شبہ رہتا ہے کہ آیا کرۂ چشم میں خبیث بالیدگی (malignant growth) موجود ہے یا التہابی رشحہ (inflammatory exudate)؟ یہ بات خاصکر بچوں کی حالت میں ہوتی ہے، اور ایسی صورت میں تشخیص یا تو سرشیی سلعہ ہوتی ہے یا کاذب سرشیی سلعہ (pseudo-glioma) - شگافی چراغ سے التہاب کے قطعی امارات پائے جائیں تو یہ اس امر پر دلالت ہے کہ حالت التہابی نوعیت کی ہے۔

یہ ظاہر ہے کہ ہر شخص شگافی چراغ نہیں خرید سکتا، جس کی قیمت آج کل چالیس تا اسی پاؤنڈ ہے۔ لیکن (اتنا ضرور ہے کہ) ہر وہ شخص

جس نے شگافی چراغ کے طریقِ استعمال پر قدرت حاصل کرلی ہے، اپنی معلومات کا اطلاق اُس سادہ امتحان پر کرسکتا ہے جو لُوپ (loupe) (عدسۂ مکبّر) اور ہاف واٹ لمپ (half-watt lamp) کے ذریعہ کیا جاتا ہے، یا وہ برقی چشم بین سے آنکھ میں ایک متوازی شعاعہ کا

51

انعطاف کرسکتا ہے۔ اب وہ تنویر کے مختلف طریقے کام میں لاسکتا ہے، اور یہ جانتے ہوئے کہ وہ کیا تلاش کر رہا ہے، وہ تنویر مؤرب (oblique illumination) سے اُس شخص کی نسبت جو معمولی روکھا قمقمہ (frosted bulb) استعمال کرتا ہے اور شگافی چراغ سے ناواقف ہے، بدرجہا زیادہ کامیابی حاصل کرے گا۔

شگافی چراغ کے متعلق مزید معلومات مندرجۂ ذیل کتب سے حاصل ہوسکتے ہیں:۔

(1) "The Microscopy of the Living Eye," by Koby (translated into English by Goulden and Harris)

("زندہ آنکھ کا خردبینی امتحان" از کوبی) (اِس کا انگریزی ترجمہ گولڈن اور ہیریس نے کیا ہے)۔

(2) "An Illustrated Guide to the Slit-Lamp," by T. Harrison Butler

(رہنمائے شگافی چراغ باتصویر، از ٹی ہیریسن بٹلر)۔

52

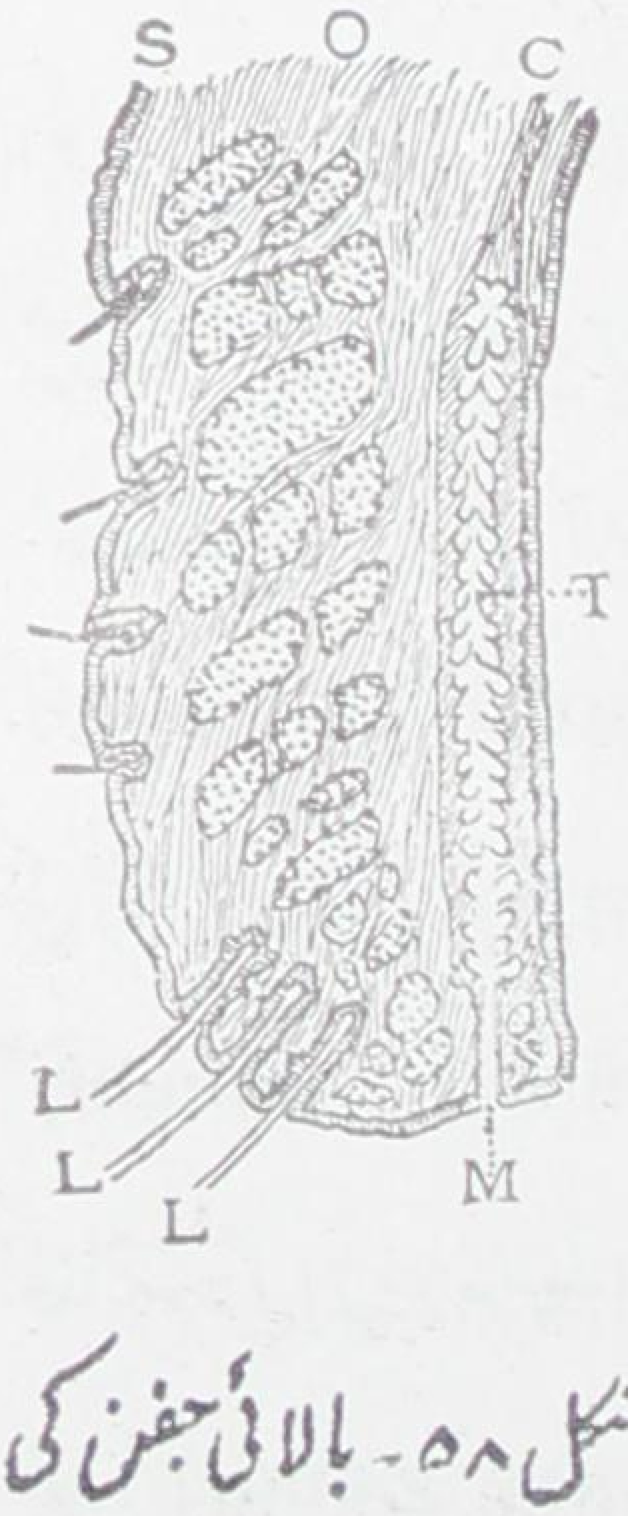
بابِ پنجم

عوارضِ اجفان

تشریح و فعلیات ۔ اجفان یعنی پپوٹے جلد کے حرکت پذیر دہرا ؤ ہیں، جن کی ساخت میں سامنے سے پیچھے کی طرف جاتے ہوئے حسبِ ذیل اجزا شامل ہیں :۔ جِلد، ڈھیلی اتصالی بافت (connective tissue) ، عضلی بافت، غضروف الجفن (tarsus) اور رداء (fascia)، اور مُلتحمہ (conjunctiva) ۔ مزید برآں اُن میں پلکیں (اہداب)، متعدد غدد، عروقِ دمویہ و لمفیہ، اور اعصاب بھی ہیں۔ پپوٹوں کی جلد نہایت پتلی اور نازک ہوتی ہے، اور ڈھیلی فضائی بافت (areolar tissue) کے ذریعہ، جس میں چربی نہیں ہوتی، نیچے کے عضلات سے ملی رہتی ہے۔ اِن خصائص سے اِس امر کی توجیہ ظاہر ہوتی ہے کہ اِس خطہ میں خون کی وِعابدری (extravasation) اور اُذیمائی اورام اِس قدر جلد کیوں واقع ہو جاتے ہیں۔

ہر پپوٹے کا حاشیہ سامنے ایک گول اگلا لب پیش کرتا ہے جس میں سے اہداب (cilia) یعنی پلکیں نکلتی ہیں۔ یہ چھوٹے چھوٹے موٹے اور خمیدہ بالوں کی دو یا تین قطاریں بناتی ہیں۔ اِن بالوں کی جڑیں اِتصالی بافت اور عضلہ میں گہری گڑی ہوئی ہوتی ہیں اور

اِن میں دُہنی جرابات (sebaceous follicles) موجود ہوتے ہیں، جنھیں اِس مقام پر غُددِ زِیس (Zeis's glands) کہتے ہیں۔ اِسی مقام پر ترمیم یافتہ عُرقی غدد (sweat glands) بھی پائے جاتے ہیں، جن کو غُددِ مال (glands of Moll) کہتے ہیں۔ یہ اہداب (پلکوں) کے شعری جرابات میں، یا کسی غدۂ زیس کی قنات میں، یا جفنی حاشیہ کی سطح پر کھُلتے ہیں۔ پیچھے، پپوٹے کا حاشیہ ایک تیز پچھلا لب پیش کرتا ہے۔ اِس لب کے بالکل سامنے میبومی غدد (Meibomian glands) کے فتحے ہوتے ہیں۔ اِن دونوں لبوں کے درمیان کی سطح کو فضاءِ بین الحواشی (intermarginal space) کہتے ہیں۔ پپوٹوں کے حاشیے بیرونی جانب ملکر اِس طرح متحد ہوتے ہیں کہ اِن سے ایک زاویۂ حادہ بنتا ہے جس کو ماقِ خارجی (external canthus) کہتے ہیں۔ ماقِ داخلی (internal canthus) کے قریب اِن کے اتصال سے ایک گول فضاء پیدا ہوجاتی ہے، جس میں ترمیم یافتہ جلد کا ایک چھوٹا سُرخی مائل اُبھار موجود ہوتا ہے۔ اِس اُبھار کو لحیمہ (caruncle) کہتے ہیں۔



شکل ۵۸۔ بالائی جفن کی طولی تراش۔

S ۔جلد O ۔عضلۂ محیطیہ۔
C ۔ملتحمہ T ۔غضروف الجفن۔
M ۔میبومی غدہ کا فتحہ۔
L ۔ پلکیں۔

تحت الجلدی انضمامی بافت ہیں اور اُس کے پیچھے ہمیں پپوٹوں کے عضلات ملتے ہیں عضلۂ رافعۃ الجفن فوقانی (levator palpebræ superioris) مجحر (چشم نمانہ) کے راس سے نکلتا ہے اور غضروف الجفن کے بالائی کنارے اور اگلی سطح اور بالائی جفن کے وسط کی جلد سے پیوستہ ہوتا ہے۔ عضلۂ محیطیہ جفنیہ (orbicularis) غضروف الجفن اور جلد کے درمیان ہی

واقع اور آخرالذکر سے چسپیدہ ہے، مگر اول الذکر کے اوپر ڈھیلے طور پر پھسلتا رہتا ہے۔ وہ روزنِ جفنی (palpebral aperture) کے گرد ایک چپٹا حلقہ بناتا ہے۔ نیز ہمیں غیر مخطط عضلی بافت کی ایک تہ ملتی ہے جو غضروف الجفن کے صحفوں (tarsal plates) کے محیطی حاشیوں سے پیوستہ ہوکر منتہی ہوتی ہے، اور جفنی غیر ارادی عضلات (palpebral involuntary muscles) کے نام سے موسوم ہے۔

غضروف الجفن (tarsus) کثیف ریشہ دار بافت سے بنا ہوا ہوتا ہے اور ہر پپوٹے کی استواری اور سختی اُسی کے باعث ہوتی ہے۔ بالائی پپوٹے میں کا غضروف زیرین پپوٹے میں کے غضروف کی نسبت بڑا ہوتا ہے۔ دونوں غضاریف داخلی اور خارجی غضروف الجفنی رباطات (internal and external tarsal ligaments) کے ذریعہ چشم خانہ کی جانبی دیواروں سے، اور ریشہ دار بافت کی ایک صفاقی (aponeurotic) تہ کے ذریعہ [جس کو رداء جفنی یا رباطِ جفنی (palpebral fascia or ligament) کہتے ہیں] چشم خانہ کے بالائی اور زیرین حاشیوں سے مرتبط اور پیوستہ ہوتے ہیں۔ غضروف الجفن کے جرم میں میبومی غدد (Meibomian glands) پائے جاتے ہیں، جو متوازی قطاروں میں واقع ہوتے ہیں۔ بالائی پپوٹے میں اِن کی تعداد تیس سے چالیس تک، اور زیرین پپوٹے میں بیس سے تیس تک ہوتی ہے۔ یہ مُطوّل دُہنی غدد (sebaceous glands) ہیں جن کے سِرے بند اور متعدد اعوری زائدے (cæcal appendages) ہوتے ہیں، اور جو شحمی افراز سے بھرے ہوتے ہیں اور پپوٹے کے آزاد حاشیہ پر کُھلتے ہیں۔

جفنی ملتحمہ (palpebral conjunctiva) پتلا، عروق دار، اور غضروف الجفن سے قریبی طور پر چپکا ہوا ہوتا ہے۔

اجفان (پپوٹوں) کی شریانی رسد عینی (ophthalmic) اور وجہی (facial)

شرائین سے ماخوذ ہے۔ بالائی پپوٹے میں یہ ایک فوقانی محراب بناتی ہیں (جو بالائی غضروف الجفنی حاشیہ کے برابر جاتی ہے)، اور ایک تحتانی محراب (جو پپوٹے کے آزاد کنارے کے قریب واقع ہوتی ہے)۔ زیرین پپوٹے میں صرف ایک ہی محراب، اُس کی آزاد کور کے قریب ہوتی ہے۔ وریدیں عینی (ophthalmic) صدغی (temporal) اور وجہی (facial) وریدوں میں خالی ہوتی ہیں۔ عروقِ لمفیہ پیش اُذنی (pre-auricular)، تحت الفکّی (submaxillary) اور نکفی (parotid) لمفی غدد میں چلے جاتے ہیں۔ عصب سویم عضلۂ رافعہ (levator) کو، عصب وجہی (facial) عضلۂ محیطیہ (orbicularis) کو، اور عصبِ مشارکی (sympathetic) جفنی غیر ارادی عضلات کو رسد پہنچاتا ہے۔ حسّی عصبی رسد عصبِ پنجم سے اخذ ہوتی ہے۔

پپوٹے آنکھ کو بیرونی تضرّر، اجسام غریبہ (foreign bodies)، غیر معمولی تکشّف (exposure)، اور کثرتِ روشنی سے محفوظ رکھتے ہیں۔ وہ آنسوؤں اور مختلف غدد کے افرازات کو پھیلانے میں ممد ہوتے ہیں، اور اِس طرح کرۂ چشم کو چکنا دیتے ہیں، قرنیہ کی سطح کو نم آلود اور شفاف رکھتے ہیں، اور اُس گرد و غبار کو جو آنکھ میں پہنچ گیا ہو دھو ڈالتے ہیں۔

اجفان کے عام عوارض حسب ذیل ہیں: التہابِ جفنی (blepharitis)، شُعیرہ (hordeolum)، بَرَدَہ (chalazion)، شعرِ منقلب (trichiasis)، شترۂ داخلی (دروں حافہ) (entropion)، شترۂ خارجی (بروں حافہ) (ectropion)، اِسترخاء الجفن (ptosis)، سلعات (tumours)، اور تضرّرات (injuries)۔

التہاب الجفن

(BLEPHARITIS)

یہ پپوٹوں کے حاشیہ کی ایک نہایت عام مزمن التہابی حالت ہے، جس میں سرخی اور دبازت کے ساتھ اکثر کھپلیاں اور پپڑیاں بنتی ہیں (شکل ۶۱، صحفہ ۷)۔ یہ التہاب دو شکلوں میں واقع ہوتا ہے:- غیر متقرح (non-ulcerative) اور متقرح (ulcerative)۔

علامات۔ اوپری یا غیر متقرح شکل میں پپوٹوں کے حاشیے متورم اور سرخ ہوجاتے ہیں اور عموماً پلکوں کی جڑوں میں کثیر التعداد سفیدی مائل کھپلیاں موجود ہوتی ہیں۔ پلکوں کے بال جلد جھڑ جاتے ہیں، لیکن چونکہ شعری جرابات تلف نہیں ہوتے، اس لئے نئے بال پھر پیدا ہوجاتے ہیں۔ صاف رنگ والے اشخاص میں اس مرض میں مبتلا ہونے کا خاص رجحان ہوتا ہے۔

54

گہری یا متقرح قسم (ulcerative form) میں پپوٹوں کی کوریں سرخ اور متورم ہوتی ہیں اور اُن پر زردی مائل رنگ کی پپڑیاں موجود ہوتی ہیں جو پلکوں کو باہم چپکا دیتی ہیں۔ اِن پپڑیوں کو نکال دینے کے بعد پلکوں کی پیوستگی کے مقامات کے قرب و جوار میں چھوٹے چھوٹے قرحے (ulcers) دکھائی دیتے ہیں۔ اِن قرحوں سے خون بہت آسانی سے بہنے لگتا ہے۔ پلکوں کے بال اِدھر اُدھر مڑ جاتے اور جھڑنے لگتے ہیں، اور چونکہ شعری جرابات تلف ہو جاتے ہیں اِس لئے اُن کی جگہ نئے بال نہیں پیدا ہوتے۔ مندرجہ بالا دونوں قسموں میں کھجلی، خراش، اتدمع



شکل ۵۹ — شعیرہ یا گہانجھی



شکل ۶۰ — بردہ (Chalazion) یا
مائبومی دویرہ



شکل ۶۱ — اهدابی جفنی التہاب (Ciliary
blepharitis)



شکل ۶۲ — شترۂ خارجی (بروں حافہ)
(**E**ctropion)



شکل ۶۳ — مخاطی قیلہ (**Mu**cocele)



شکل ۶۴ — حاد التہاب تاچۂ رمعی
(**A**cute dacryocystitis)

مقابل صفحہ ۹۶

(epiphora) (یعنے ڈھلکا) ، اور روشنی کی حسّاسیت پائی جائیگی۔

عواقب (Sequalæ) خصوصاً متقرّح قسم میں واقع ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ پلکوں کے بال کم یا زیادہ تعداد میں مستقل طور پر ضائع ہو جائیں، جفنی حاشیہ کا تضخّم (tylosis) ، شعرِ منقلب (trichiasis) اور شترۂ خارجی (ectropion) ہو جائے۔ بعض اوقات، نہایت مزمن حالتوں میں، باستثنائے چند چھدرے باریک بالوں کے تمام پلکیں جھڑ جاتی ہیں۔ اور اس حالت کے لئے تساقط الاھداب (ط رط)(madarosis) کا نام استعمال کیا جاتا ہے۔

بحث اسباب۔ ادنیٰ درجہ کا صحّی (hygienic) ماحول، نظامِ جسم کی پست حالتیں، امراض طفحیہ (exanthemata)، خصوصاً حصبہ یعنے کھسرا کے بعد کی۔ خراش آور کرۂ ہوائی میں تکشّف مثلاً دھوئیں، تیز ہوا، گرد و غبار میں۔ دیر تک جاگنا۔ ناکافی نیند۔ غیر مصحّح نقائص انعطاف (uncorrected errors of refraction) بالخصوص درازنظری (hypermetropia) اور مبہم ماسکیت (astigmatism)۔ مزمن التہابِ ملتحمہ (chronic conjunctivitis) انفی عوارض۔ آلاتِ دمعیہ کی خرابیاں (lacrymal disorders)۔ قملات یعنے جوئیں (pediculi)۔ عدمِ صفائی۔ یہ مرض ہر عمر میں ہوتا ہے، لیکن بچوں میں نہایت عام ہے۔

علاج۔ یہ مرض بہت عسیر العلاج ہے اور اس کے کہنہ ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ اگر ممکن ہو تو ازالۂ سبب بیحد ضروری ہے۔ صفائی، غلط عادتوں کی تبدیلی، اور نقائص انعطاف کی درستی، یہ سب امور مقامی علاج میں نہایت ممد و معاون ہوتے ہیں۔ پلکوں کی کوروں کو آہستہ سے

بھرپور سے طور پر صابون اور پانی سے دھو ڈالنا چاہئے تاکہ تمام کھپلیاں اور پپڑیاں گھل کر نکل جائیں۔ پھر پلکوں کو خشک کرکے اُن پر یلو آکسائڈ آف مرکیوری (yellow oxide of mercury) یا ایمونیٹیڈ مرکیوری (ammoniated mercury)، یا اکتھیال (ichthyol) کا مرہم لگادیں۔ کھپلیوں کو نکالنے کے لئے صابن اور پانی، یا ایسا پانی جس میں بورکس (borax) یا بائی کاربونیٹ آف سوڈا (bicarbonate of soda) ملا ہوا ہو استعمال کرنا چاہئے اور اس میں روئی بھگو کر لگائیں۔ منقرح قسم میں کچّے (زخم کے) مقامات پر کبھی کبھی سلور نائٹریٹ (silver nitrate) کا ایک یا دو فیصدی طاقت کا محلول لگانا بھی مفید ثابت ہوتا ہے۔ 55

شدید اور کہنہ حالتوں میں مذکورہ بالا علاج کے استعمال سے پہلے تمام پلکوں کو اکھاڑ ڈالنا ضروری ہوتا ہے۔ بعض اوقات سرایت زدہ میبومی غناتوں کا اعتصار (expression) (دبا کر مواد نکال دینا) نہایت مفید ہوتا ہے۔ یہ اسطرح کیا جاتا ہے کہ پپوٹے کے اندرونی حصّے کے برابر برابر ایک شیشہ کا ڈنڈا پھرایا جاتا ہے اور ساتھ ہی پپوٹے کی بیرونی جانب پر انگوٹھے یا اُنگلی سے تقابلی دباؤ (counter pressure) ڈالا جاتا ہے۔ بعض عسیر العلاج اور دیرپا حالتوں میں اسٹفلوکاکی جُدریناّت (staphylococcal vaccines) مفید پائی گئی ہیں۔

جفنی تہیج (Œdema of the Lids) ایک نہایت عام علامت ہے، اور ان حصّوں کی ساخت اس کی پیدائش میں ممد ہوتی ہے۔ جفنی تہیج مندرجہ ذیل قسموں کا ہو سکتا ہے:- (ا) **التہابی** (inflammatory)، جو پپوٹوں اور اُن کے قرب و جوار کے حصّوں

کے امراض مثلاً شعیرہ یا گوہانجنی (stye)، التہابِ تا چہ دمعی (dacryocystitis) اور مستزاد انفی جوفوں (nasal accessary sinuses) کے عوارض کے ساتھ ہوتا ہے، یا اندرونِ چشم کے شدید التہابات مثلاً التہاب قزحیہ و جسمِ ہدبی (iridocyclitis) حاد زرق الماء (acute glaucoma)، التہابِ کل العین (panophthalmitis)، اور محجری خلوی التہاب (orbital cellulitis) کی علامت کے طور پر موجود ہوتا ہے۔ (۲) ضربی (traumatic) جبکہ وہ تفررات (injuries) کے باعث ہوتا ہے جن میں کیڑوں کی نیش زنی (sting) بھی شامل ہے (۳) نظامی (systemic)، کلوی اور قلبی امراض ہیں۔ (۴) غیر التہابی (non-inflammatory) جسکی ایک کثیر الوقوع مثال وعائی عصبانی اُذیما (angioneurotic œdema) ہے۔ یہ ایک مکرر الوقوع (بار بار ہونے والی) قسم ہے جو بہ سرعت پیدا ہوجاتی ہے اور اکثر اسقدر نمایاں ہوتی ہے کہ پپوٹوں کو مسدود کردیتی ہے، مگر اس کے ساتھ آنکھ میں کوئی تغیر نہیں ہوتا۔ مریض اِس تہیج سے بہت خوف زدہ ہوجاتا ہے، مگر جس طرح یہ بہ سرعت نمودار ہوتا ہے اُسی طرح بہ سرعت غائب بھی ہوجاتا ہے۔ یہ قسم اکثر و بیشتر عورتوں میں دیکھی جاتی ہے، بالخصوص اَیّامِ حیض میں۔ یہ شری (urticaria) سے مماثل ہے اور تیز اور شدید ملحی مُسہل (saline cathartic) اور سوڈا بائی کاربونیٹ (soda bicarbonate) کی بڑی معتادوں سے اِس میں فوراً آرام ہوجاتا ہے۔

حمائی نملہ (Herpes Febrilis)۔ بعض اوقات حمائی عوارض کے دوران میں، بالخصوص جبکہ یہ تنفسی خِطّے کے التہاب کے ساتھ مؤتلف

ہوں، پپوٹوں پر، نیز لبوں پر اور ناک کے اجنحہ (alæ) پر حمائی نملہ پیدا ہوجاتا ہے۔ چھوٹے چھوٹے آبلے (vesicles) جو گروہ در گروہ ہوتے ہیں، کسی قدر سرخ قاعدے پر پائے جاتے ہیں۔ یہ چند روز میں خشک ہوجاتے ہیں اور اِن کے کوئی داغ (ندبات) باقی نہیں رہتے۔ ممکن ہے اِن کے ساتھ قرنیہ پر بھی آبلوں کا ایک ثوران (eruption) ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 147)۔

منطقی عینی نملہ

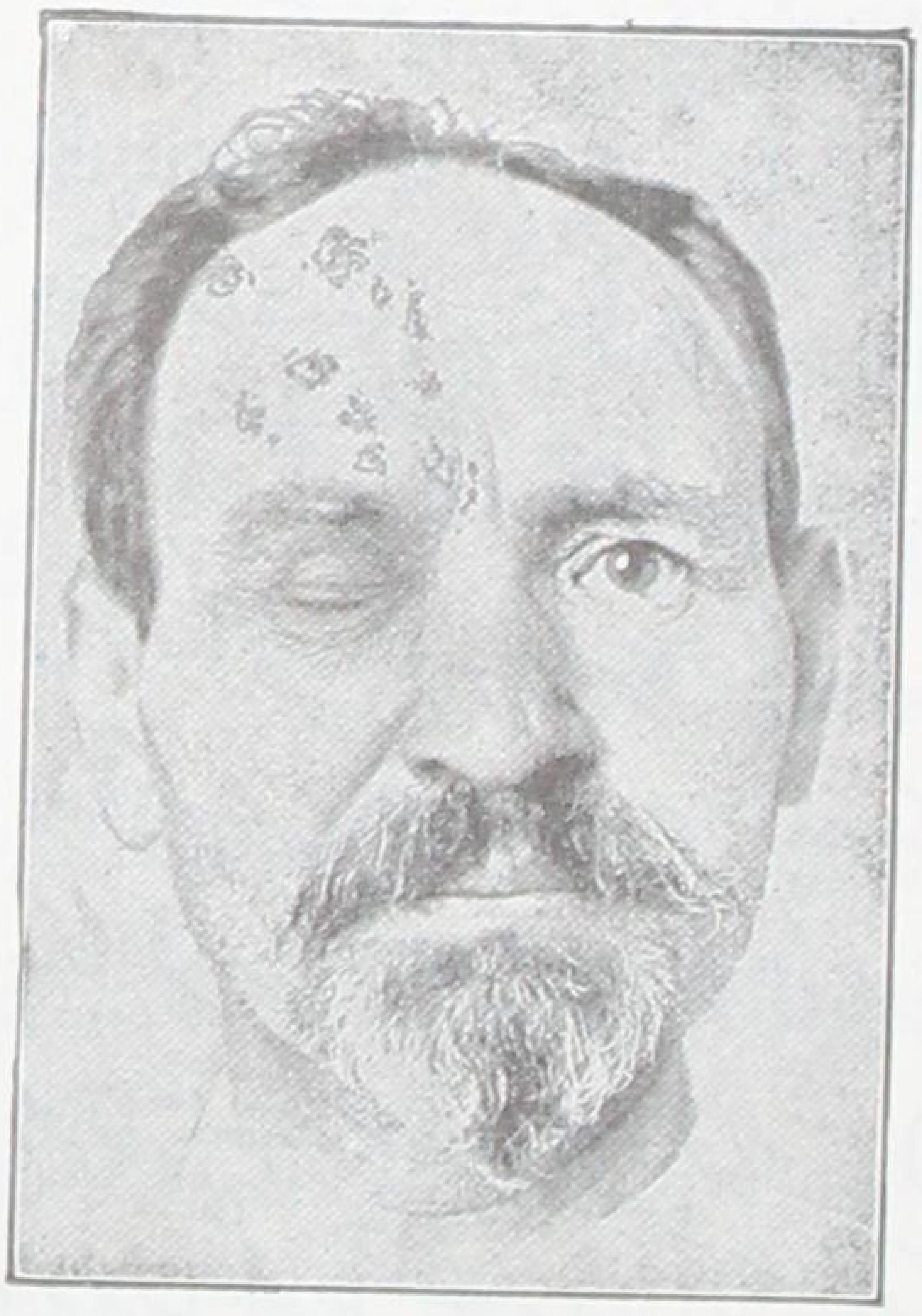
(HERPES ZOSTER OPHTHALMICUS)

منطقی عینی نملہ کی ممیز خصوصیت ایک یک جانبی نملی ثوران ہے جو عصبِ پنجم (fifth nerve) کے عینی حصّے کے پھیلاؤ کی متابعت کرتا ہے۔ اِس عارضہ کی ابتدا سر اور چہرے کے یک جانبی شدید وجع العصبی درد (neuralgic pain) اور بنیئی اختلال (constitutional disturbance) کے ساتھ ہوتی ہے۔ اِس ثوران میں آبلے نمودار ہوتے ہیں، جو ملتہب قاعدوں پر واقع ہوتے ہیں۔ اِن آبلوں میں پہلے صاف سیّال بھرا ہوتا ہے، لیکن یہ جلد ہی مکدّر ہوجاتا ہے۔ بالآخر بدرنگ پپڑیاں بنکر اُتر جاتی ہیں اور مستقل بدنما داغ باقی رہ جاتے ہیں۔ بعض حالتوں میں انفی شاخ (nasal branch) پر بھی حملۂ مرض ہوتا ہے، اور پھر کُرۂ چشم بھی ماؤف ہوجاتا ہے، قرنیہ پر ایک یا زائد آبلے نمودار ہوتے ہیں، جو قروح (ulcers) میں متغیر ہوجاتے ہیں، اور ممکن ہے یہانتک نوبت پہنچے کہ تمام کُرۂ چشم ماؤف ہوجائے (التہاب کُل العین =

56

-(panophthalmitis

یہ عارضہ عقدۂ گیسر (Gasserian ganglion) کے مرض کی وجہ سے ہوتا ہے، اور زیادہ تر کمزور قویٰ والے بوڑھے مریضوں میں دیکھا جاتا ہے۔ اس کی مدت کئی ہفتوں سے لیکر کئی ماہ تک ہوتی ہے۔ انذار (prognosis) عموماً اچھا، لیکن جب قرنیہ ماؤف ہوجائے تو مخدوش ہوتا ہے۔



شکل ۶۵ ۔ منطقی عینی نملہ (Herpes -Zoster Ophthalmicus)

علاج ۔ چھڑکنے کے ملطف سفوف (bland dusting powders) (مثلاً بسمتھ سب کاربونیٹ، زنک آکسائڈ، یا ٹالکم)، یا اکتھیال کا مرہم، ۱۰ فیصدی طاقت کا۔ داخلی استعمال کے لئے کونین اور فولاد (quinine and iron) اور سیلیسلیٹس (salicylates) نہایت مفید ہیں۔ ممکن ہے کہ شدید درد کو روکنے کے لئے ایسپرین (aspirin) یا مارفین (morphine) کی ضرورت لاحق ہو۔ ممکن ہے کہ کرۂ چشم ماؤف ہوجائے، اور قرحۂ قرنیہ (corneal ulcer) یا التہاب قزحیہ و جسمِ ہدبی (iridocyclitis) کے لئے علاج کرنا پڑے۔

آتشکِ اجفان (Syphilis of the Eyelids) کبھی کبھی ابتدائی قرحہ (primary sore) کے طور پر یا ثانوی درجہ میں یا صمغیہ

(gumma) کی صورت میں دیکھی جاتی ہے۔ شینکر (chancre) یعنے اُکولہ (جس کے ممیز خصائص وہی ہوتے ہیں جیسے کہ اور کسی مقام پر) جفنی کنارہ پر اکثر ماق داخلی (inner canthus) کے نزدیک واقع ہوتا ہے اور اُس کے ساتھ پیش اُذنی (pre-auricular) اور تحت الفکی (submaxillary) لمفی غدد کی کلانی موجود ہوتی ہے۔ جفنی شینکر پر غلطی سے شُعیرہ (گوہانجنی) (stye)، متقیح بَردہ (suppurating chalazion)، التہابِ تاچۂ دمعی (dacryocystitis)، گاؤ چیچک (vaccinia)، یا قرحۂ قارضہ (rodent ulcer) کا گمان ہوسکتا ہے۔

جفنی گاؤ چیچک (Vaccinia of the Eyelids)۔ پپوٹوں کی گاؤ چیچک گاہے ماہے دیکھنے میں آتی ہے اور اُس بے احتیاطی کا نتیجہ ہوتی ہے جو کسی دوسرے مقام کے جُدرینی فاکحہ (vaccine pustule) کے افراز کی تطعیم میں برتی گئی ہو۔ اِس حالت میں ایک قرحہ پیدا ہوجاتا ہے جو رمادی مائل رشحہ (exudate) یا پپڑی سے ڈھکا ہوا، اور پپوٹوں کے حاشیہ پر (اکثر نیچے کے پپوٹے پر مگر بعض اوقات دونوں پپوٹوں پر) واقع ہوتا ہے۔ اِس کے ساتھ ہی پپوٹوں کا ورم اور سُرخی نمایاں ہوتی ہے، اور پیش اُذنی (pre-auricular) اور تحت الفکی (submaxillary) لمفی غُدد کی کلانی پائی جاتی ہے۔

57

شُعیرہ یا گوہانجنی

(Hordeolum or Stye)

یہ پلک کے بال کی جراب (follicle) کے گرد و پیش کی بافت کا

ایک محدود المقام اور حاد ورم ہے، جو بالآخر تقیح (suppuration) میں مختتم ہوتا ہے۔

علامات۔ پپوٹے کے حاشیہ پر ایک سُرخ ورم ظاہر ہوتا ہے (شکل ۹۹ صفحہ ۷)، جس کے ساتھ درد، الیمیت (tenderness) اور اکثر معتد بہ تہبج (اُذیما) بھی ہوتا ہے۔ بہت جلد ایک زردی مائل نقطہ نمودار ہو جاتا ہے جو تقیح پر دلالت کرتا ہے۔

بحث اسباب۔ گوہانجنیاں ہر عمر میں واقع ہوتی ہیں مگر جوانوں میں نہایت عام ہیں۔ وہ اکثر متعدد بھی نکلتی ہیں۔ نظام بدن کی بے ترتیب اور خراب حالت، قبض، اور نقائص انعطاف جنکی تصحیح نہ کی گئی ہو، اکثر یہ اسباب اس کے ساتھ پائے جاتے ہیں۔

علاج۔ بعض اوقات رفادات بارد (cold compresses) کا استعمال اس مرض کے لئے مُسقِط (abortive) ثابت ہوتا ہے (یعنے اُس سے مرض کا نمو رُک جاتا ہے)۔ لیکن عموماً یہ ترکیب ناکام رہتی ہے۔ ایسی صورت میں تقیح جلد پیدا کرنے کے لئے رفادۂ حار (hot compress) داعیۂ علاج ہے۔ زرد نقطہ دکھائی دیتے ہی ایک یا زائد پلکوں کو اُکھاڑ کر، یا ایک اُفقی شگاف دیکر، پیپ خارج کر دینا چاہیئے۔ مزید شُعیرات کا بننا روکنے کے لئے عام صحت کا خیال رکھا جائے، قبض رفع کیا جائے، اور نقائص انعطاف کو درست کیا جائے۔ کاڈلیور آئل (روغن جگر ماہی) اور مختلف تجہیزات (preparations) جنمیں حیاتین الف وحیاتین د (Vitamins A and D) مرتکز شکل میں موجود ہوں، استعمال کرنا نفع بخش ہوتا ہے۔ کیلسیم سلفائڈ (calcium sulphide)

بقدر ۱/۸ گرین، دن میں تین بار، یا سیرپ آف ہائپوفاسفائٹس مع فولاد (syrup of hypophosphites with iron) بقدر ایک ڈرام، دن میں تین بار دینا مفید ہو سکتا ہے۔ دشوار علاج حالتوں میں خودزاد جدرین (autogenous vaccine) کا استعمال مفید ہو سکتا ہے۔ بےرجحان نکس کا انسداد اکثر اُس التہابِ جفنی (blepharitis) کا علاج کرنے سے ہو جاتا ہے جو بیشتر حالتوں میں موجود ہوتا ہے۔

۵۔ بَردہ

(Chalazion)

کلازیون یعنے بَردہ [سلعۂ غضروف الجفن (tarsal tumour)، دویرۂ غضروف الجفن (tarsal cyst)، میبومی دویرہ (Meibomian cyst)] کسی ایک میبومی غدہ کی کلائی ہے، جو اُس کی قنات کی مسدودی کی وجہ سے ہو جاتی ہے۔ اِس کلائی کے ساتھ گردو پیش کے غضروف الجفن (tarsus) میں مزمن التہاب ہوتا ہے۔ بَردہ بالغوں میں بکثرت ہوتا ہے۔ یقین کیا جاتا ہے کہ نقصِ انعطاف کی عدم تصحیح بَردہ کا سببِ مُعِدّ (predisposing cause) ہے۔ اکثر اوقات ایک ہی وقت میں متعدد بَردات پائے جاتے ہیں۔

علامات۔ بَردہ خفیف اور غیر اہم علامات کے ساتھ یا بلا کسی علامت کے آہستہ آہستہ نمو پذیر ہوتا ہے، یہاں تک کہ اُس کی جسامت ہفتوں بلکہ مہینوں کے بعد ایک چھوٹے یا بڑے مٹر کے برابر پہنچتی ہے۔ اب وہ ایک محسوس ورم ظاہر کرتا ہے (شکل ۶۰۔ صفحہ ۱۰۷

58

جو چھونے سے سخت معلوم ہوتا ہے اور جلد سے نہیں بلکہ غضروف الجفن سے چپیدہ ہوتا ہے۔ پپوٹے کو الٹنے پر ملتحمہ کی بے رنگی سے، اور بعض اوقات اریکی بافت (granulation tissue) کے ایک چھوٹے سے تودہ سے، اس کے محل وقوع کا پتہ چلتا ہے۔ کبھی کبھی بردات خود بخود غائب ہوجاتے ہیں، اور کبھی وہ بلا تغیر جسامت اور بلا التہابی علامات کے برسوں باقی رہتے ہیں۔ گاہے وہ متقیح ہوجاتے ہیں، اور اس تغیر کے ساتھ التہاب کے علامات بھی موجود ہوتے ہیں۔ گاہے وہ میبومی غدہ کی قنات میں پیدا ہوجاتے ہیں اور پھر ایک سرخی مائل رمادی گرہ کے طور پر پپوٹے کی کور میں سے باہر ابھرے ہوئے ہوتے ہیں (حاشیئی بردہ: marginal chalazion)۔ شاذ حالتوں میں ایک بڑے ورم کی وجہ سے عارضی مبہم ماسکیت (temporary astigmatism) کا پیدا ہوجانا ممکن ہے، مگر مافیہ کو خارج کردینے کے بعد اسکا ازالہ ہوجاتا ہے۔

امراضیات ۔ میبومی غدہ (Meibomian gland) کی مزمن التہابی کلانی، جس کے ساتھ لمفی خلیوں اور ثابت اتصالی بافتی خلیات کی دررزش کی وجہ سے گردوپیش کی بافتیں بھی ماؤف ہوجاتی ہیں۔ قنات اپنے سرحلمہ کے تکاثر کی وجہ سے مسدود ہوجاتی ہے۔ بیشتر غدی بافت کی جگہ چھوٹے گول خلیے (اریکی بافت granulation tissue) پیدا ہوجاتے ہیں، جن میں عفریتی خلیات (giant cells) (بحر درنی) موجود ہوتے ہیں۔ گردوپیش کی لیفی بافت خون کی رسد کو منقطع کردیتی ہے اور پھر مافیہ کا زجاجی انحطاط (hyaline degeneration) واقع ہوکر ایک فالودہ نما تودہ بنجاتا ہے۔ اور زیادہ طویل مدت کے بعد

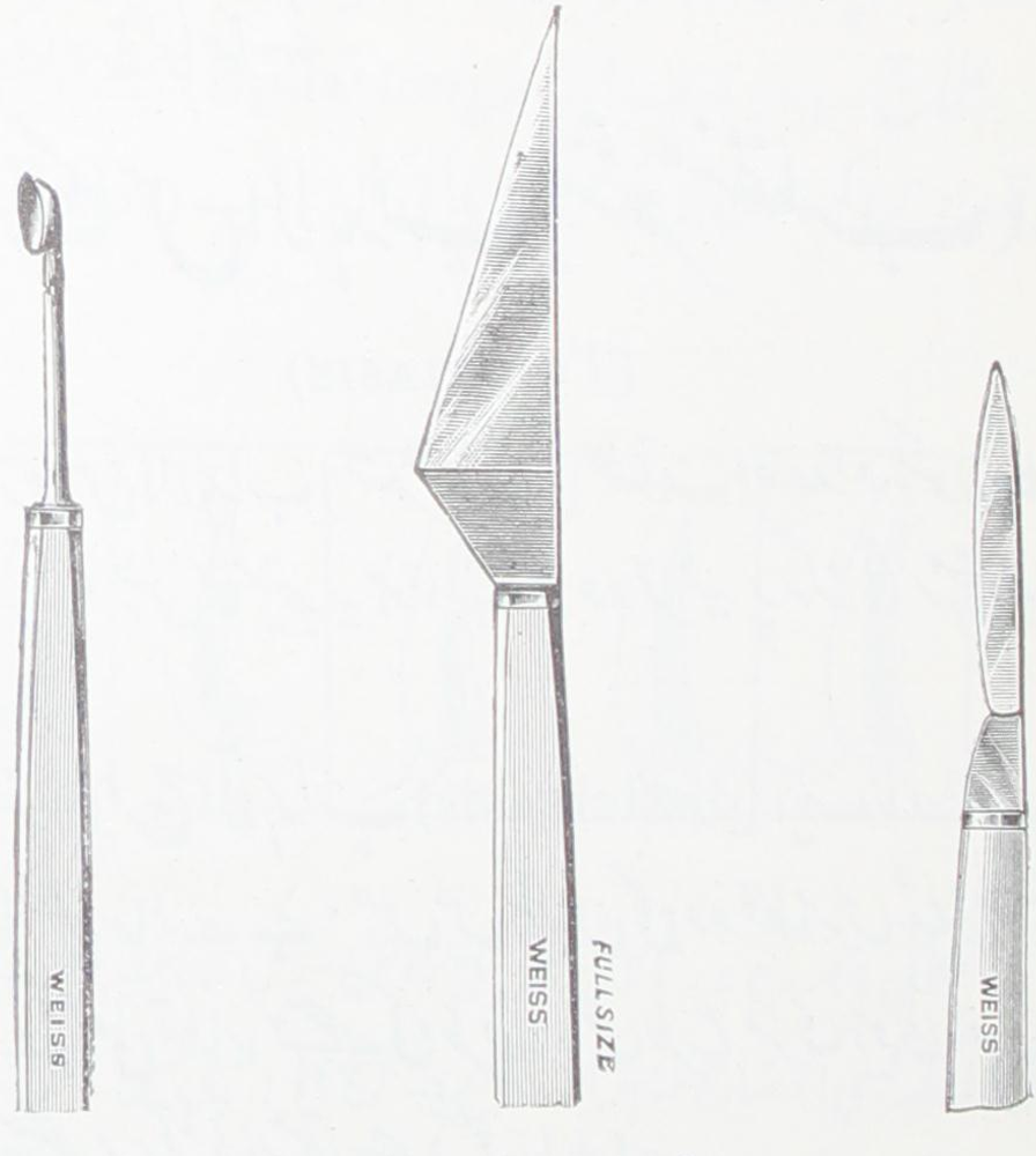
ما فیہہ اماعت یافتہ (liquefied) ہو جاتے ہیں، اور پھر بَردہ ایک کاذب دُویرہ (pseudo-cyst) بنجاتا ہے، جس کی دیواریں دبیز اور لیفی ہوتی ہیں۔

علاج ۔ جب بردات چھوٹے ہوں تو انھیں چھیڑنے کی ضرورت نہیں۔ گاہے یَلو آکسائیڈ آف مرکیوری (yellow oxide of mercury)، امونیئیٹڈ مرکیوری (ammoniated mercury)، یا بورِک ایسڈ (boric acid) کے مرہموں اور اس کے ساتھ مالش اور گرم رفادوں (hot compresses) کے متواتر استعمال سے ہم اُن کا ازالہ کرسکتے ہیں۔ جب بَردات زیادہ بڑے ہوں تو ہم عملیہ (operation) کے ذریعہ (جو عموماً ملتحمہ میں سے ہوکر کیا جاتا ہے) انہیں خارج کر دیتے ہیں۔ آنکھ کو کوکین کے اثر سے بے حس کرکے پپوٹے کو اُلٹ دیا جاتا ہے۔ ایک چھوٹے نشتر (scalpel) (شکل ۶۶)، یا بیر کے چاقو (Beer's knife) (شکل ۶۷) سے ملتحمہ میں سے ہوتے ہوئے بَردہ کی دیوار میں ایک انتصابی شگاف دیکر اُس کے ما فیہہ (ہیبومی افراز، آریکی بافت، اور صمغی سیّال) کو نکال دیا جاتا ہے، اور بَردی مِغرف (cahlazion scoop) (شکل ۶۸) کے ذریعہ دیواروں کو خوب کھرچ دیا جاتا ہے۔ جب متقیح بَردہ (suppurating chalazion) بیرونی جانب مُنہ کرتا ہوا ملے تو ممکن ہے کہ اُس کے ما فیہہ کو جلد کی راہ سے خارج کرنے کی ضرورت لاحق ہو۔ ایسی حالت میں شگاف اُفقی ہونا چاہیے تاکہ اِس کا ندبہ (scar) جلد کی شکنوں میں چھپا رہے۔

59

عملیہ کے بعد دُویرہ (cyst) منجمد خون (تکہ خون) سے بھر جاتا

ہے، اور اِس کی وجہ سے کئی دن تک بدنمائی بدستور باقی رہتی ہے۔ لہذا اگر آہستہ آہستہ مالش چند منٹ تک روزانہ کئی بار کردی جائے تو اس سے ممکن ہے کہ یہ منجمد خون جلد جذب ہو جائے۔ روزانہ مالش سے بَردات کے نکس (عودِ مرض) کی روک تھام ہونے کا بھی امکان ہوتا ہے۔



شکل ۶۶۔ چھوٹا نشتر (Scalpel)۔ شکل ۶۷۔ بیر کا چاقو۔ شکل ۶۸۔ بَردی مغرفہ (Cahlazion Scoop)۔

حاشیئی بَردات (marginal chalazia) کا ازالہ اکثر مشکل سے ہوتا ہے، لیکن اس صورت میں ترویبِ بالبرق (electro-coagulation) (برقی حرارت رسانی diathermy:) مفید پائی گئی ہے۔

میبومی فناتوں کی سرایت [جس میں ملتحمہ پر ایک جھاگ دار افراز کے بعد

جفنی حاشیے مزمن طور پر متورم ہو جاتے ہیں اور قناتوں سے انڈے کی سفیدی جیسا (زلالی) سیّال رسنے لگتا ہے) جفنی التہاب (blepharitis) کی ایک عام پیچیدگی ہے۔ اس کا بہترین علاج قناتوں کا بار بار اعتصار (expression) ہے، یعنے تھوڑے تھوڑے وقفوں کے بعد قناتوں کو دبا کر مواد خارج کیا جائے۔

ازتکاس الاہداب (شعر منقلب)

60

(TRICHIASIS)

ازتکاس الاہداب (شعر منقلب) مختلف التعداد پلکوں کا اندر کو مڑ جانا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ قرنیہ پر رگڑتی رہتی ہیں (شکل ۷۰)۔

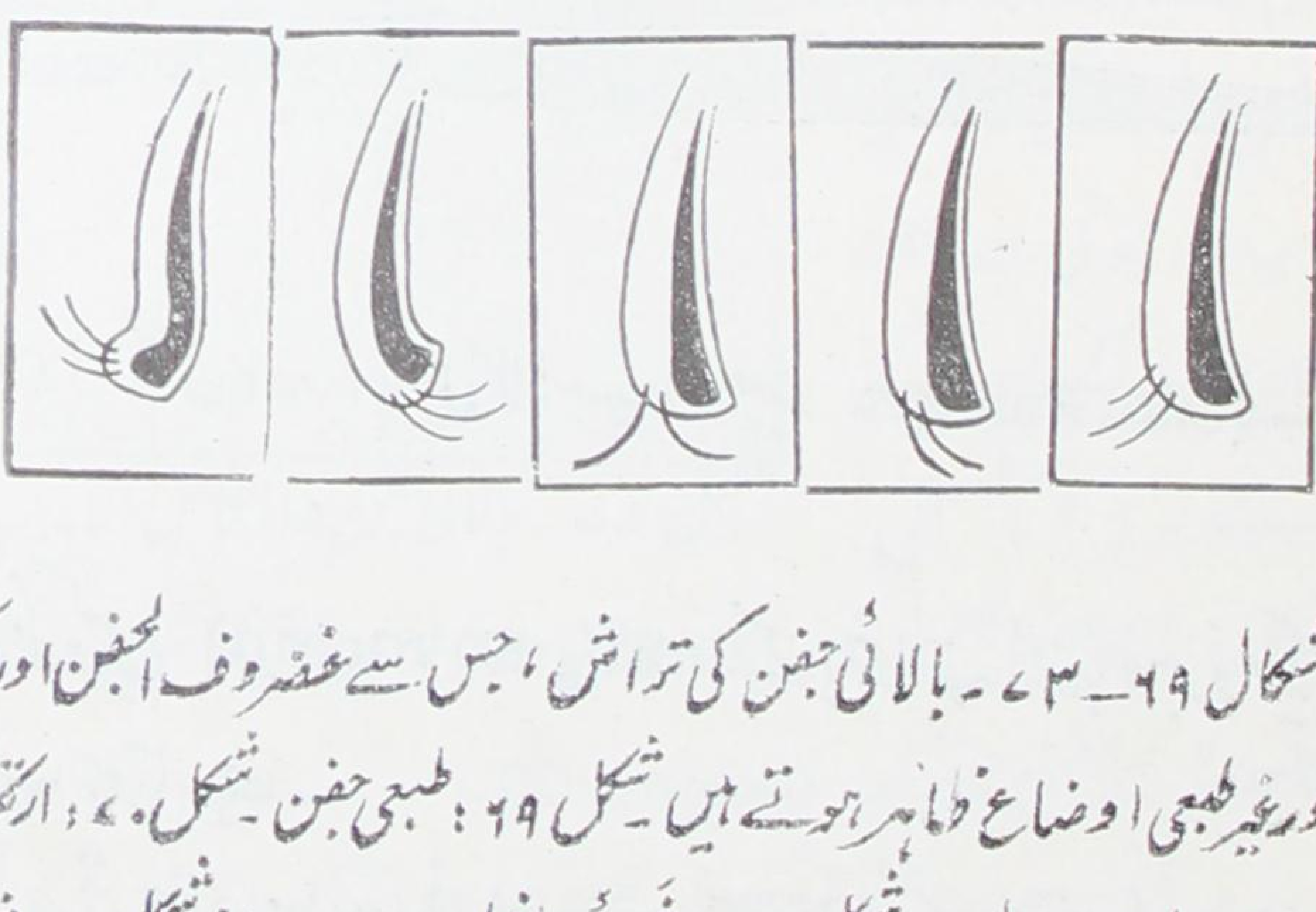
ازدواج الاہداب (distichiasis) ایک نادر الوقوع اور عموماً پیدائشی حالت ہے، جس میں پلکوں کی دو قطاریں جُدا ہو سکتی ہیں۔ ان میں سے پچھلی قطار پیچھے کی طرف اِس طرح مڑی ہوئی ہوتی ہے کہ وہ کُرہ چشم پر رگڑتی رہتی ہے (شکل ۷۱)۔

ان دونوں حالتوں میں پپوٹوں کے حاشیے طبعی وضع میں ہوتے ہیں، اور بغیر وضعیت (displacement) صرف پلکوں کو متاثر کرتی ہے۔

علامات۔ پلکوں کی بدرُخی (misdirection) میکانی خراش پیدا کرتی ہے اور قرنیہ کو متضرر کر دیتی ہے۔ اِس کے ساتھ خراش، درد، تدمّع (اشک ریزی) (lacrymation)، نور ترسی (photophobia) غتمات (opacities)، اور تقرح (ulceration) موجود ہوتا ہے۔

بحثِ اسباب ۔۔ اِس عارضہ کا سب سے زیادہ کثیر الوقوع سبب ملتحمہ اور غضروف الجفن کا ندبی انقباض (cicatricial contraction) ہے جو حثر (trachoma) یعنے روہوں کے پرانے مریضوں میں واقع ہو جاتا ہے۔ دوسرے اسباب یہ ہیں :۔ جفنی التہاب (blepharitis)، حرقات (burns)، پپوٹوں کے تضرّرات، اور پپوٹوں کے جراحی عملیات۔

علاج ۔۔ (۱) نتف الشعر (Epilation) یعنے موچینی ۔ بدرُخ پلکیں تعداد میں کم ہوں تو اُنھیں اہدابی کلابیب (cilia forceps)

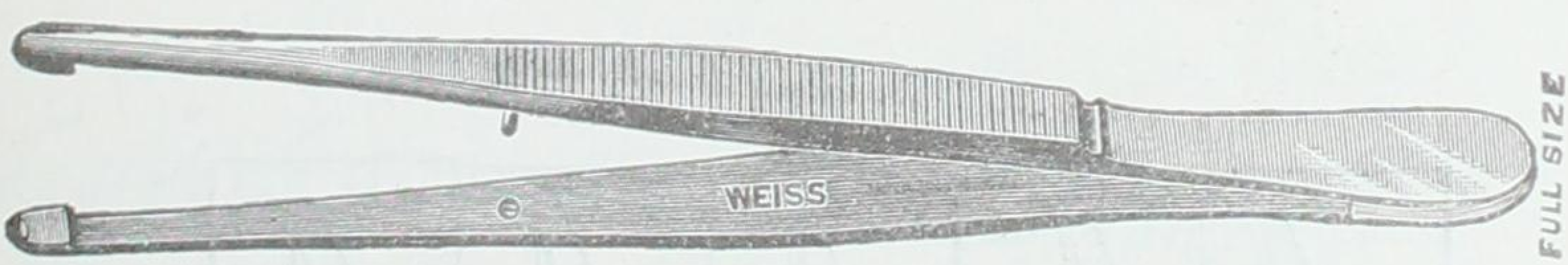


اشکال ۶۹ ۔ ۷۳ ۔ بالائی جفن کی تراش، جس سے غضروف الجفن اور پلکوں کے طبعی اور غیر طبعی اوضاع ظاہر ہوتے ہیں ۔ شکل ۶۹ : طبعی جفن ۔ شکل ۷۰ : ارتکاس الاہداب ۔ شکل ۷۱ : ازدواج الاہداب ۔ شکل ۷۲ : شترۂ داخلی (دروں حافہ) شکل ۷۳ : شترۂ خارجی (بُروں حافہ) ۔

(مُوچینہ) (شکل ۷۴) سے اُکھاڑ سکتے ہیں ۔ لیکن چونکہ پلکیں پھر اُگ آتی ہیں لہذا ہر چند ہفتوں کے بعد پھر مُوچینی کرنی چاہئے ۔

(۲) برق پاشیدگی (Electrolysis) ۔ ایک اِسفنج برقیرہ

(sponge electrode) جو مثبت قطب کے متناظر ہوتا ہے، کنپٹی پر لگایا جاتا ہے، اور پلاٹینم کی ایک باریک سوئی کو، جو منفی قطب بنتی ہے شعری جراب (hair follicle) کے اندر داخل کرکے اُس کو تلف کردیا جاتا ہے۔ اس غرض کے لئے بہت ہی کم طاقت کی گلوانی رَو (دو ملی ایمپیرس کی) استعمال کی جاتی ہے۔ اِس طریقِ علاج سے دائمی شفا حاصل ہوجاتی ہے، مگر ایک قباحت یہ ہے کہ جفنی حاشیہ کے اندر ۲ فیصدی طاقت کے



شکل ۴۷۔ اہدابی کلابیب (موچینہ Cilia Forceps)۔

محلولِ نُووکین (2% novocain) کے اِشراب کے باوجود، یہ اکثر کسی قدر دردناک ہوتا ہے۔

برقی حرارت رسانی (diathermy) کے استعمال سے عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں اور اُس سے درد بھی نسبتہً کم ہوجاتا ہے۔

61

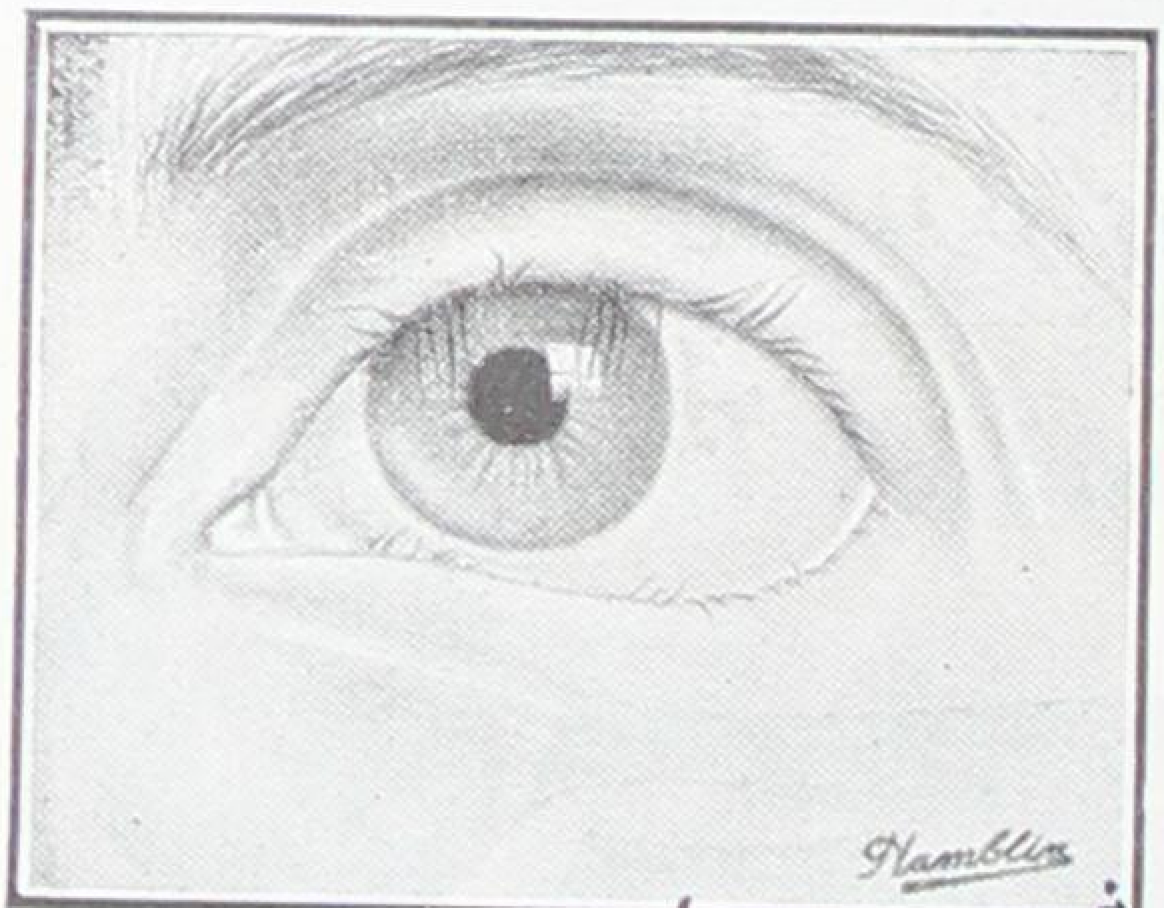
(۳) عملیہ۔ جب بہت سی یا تمام پلکیں بدرُخ ہوں تو جراحی عملیات کرنے چاہئیں۔ اِن عملیات کی غرض پلکوں کی غلط وضع کی درستی یا تبدیلِ مقام (استبدال) (transplantation) ہے۔ چونکہ ازتکاس الاہداب (trichiasis) اکثر اوقات شترۂ داخلی (entropion) (دروں حافہ) کیساتھ

موتلف ہوتا ہے، اس لئے ان عملیات کے متعلق آخرالذکر مرض کے ساتھ بحث کی جائے گی۔

شترۂ داخلی (دروں حافہ)

(ENTROPION)

یہ پپوٹے کے حاشیہ (اور اس کے ساتھ پلکوں) کا اندر مڑ جانا ہے (شکل ۷۲ اور ۷۵)۔



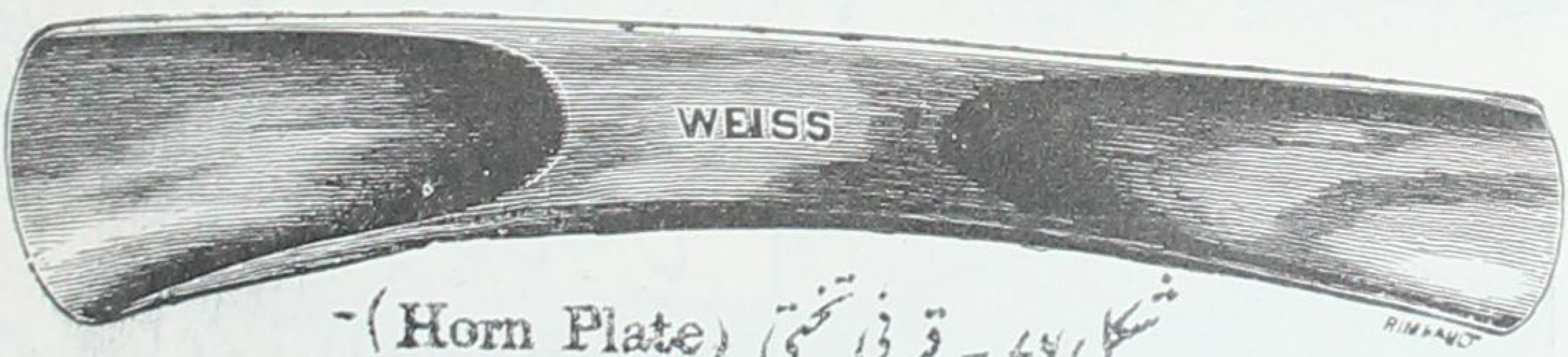
شکل ۷۵۔ بالائی جفن کا ارتکاس الاہداب (Trichiasis) زیرین جفن کا شترۂ داخلی (Entropion)۔

اقسام۔ اس کی دو قسمیں ہیں: (۱) ندبی (cicatricial) جو غضروف الجفن اور ملتحمہ کے ندبی تغیرات کی وجہ سے ہوتی ہے، اور نہایت عام طور پر اوپر کے پپوٹے کو ماؤف کرتی ہے۔ (۲) تشنجی (spasmodic)، جو عضلۂ محیطیہ (orbicularis) کے جفنی حصے کے تشنج کی وجہ سے ہوتی ہے، اور تقریباً ہمیشہ نیچے کے پپوٹے کو ماؤف کرتی ہے۔ قسمِ دوم عموماً بوڑھے اشخاص میں پائی جاتی ہے (شیوخی شترۂ داخلی: senile entropion)، جن میں جفنی جلد کے ڈھیلے پن اور کرۂ چشم کے گہرے محلِ وقوع کی وجہ سے (جو چربی کی غیر موجودگی کا نتیجہ ہے) اس کی ماسبق استعداد (تحریض: predisposition) موجود ہوتی ہے۔

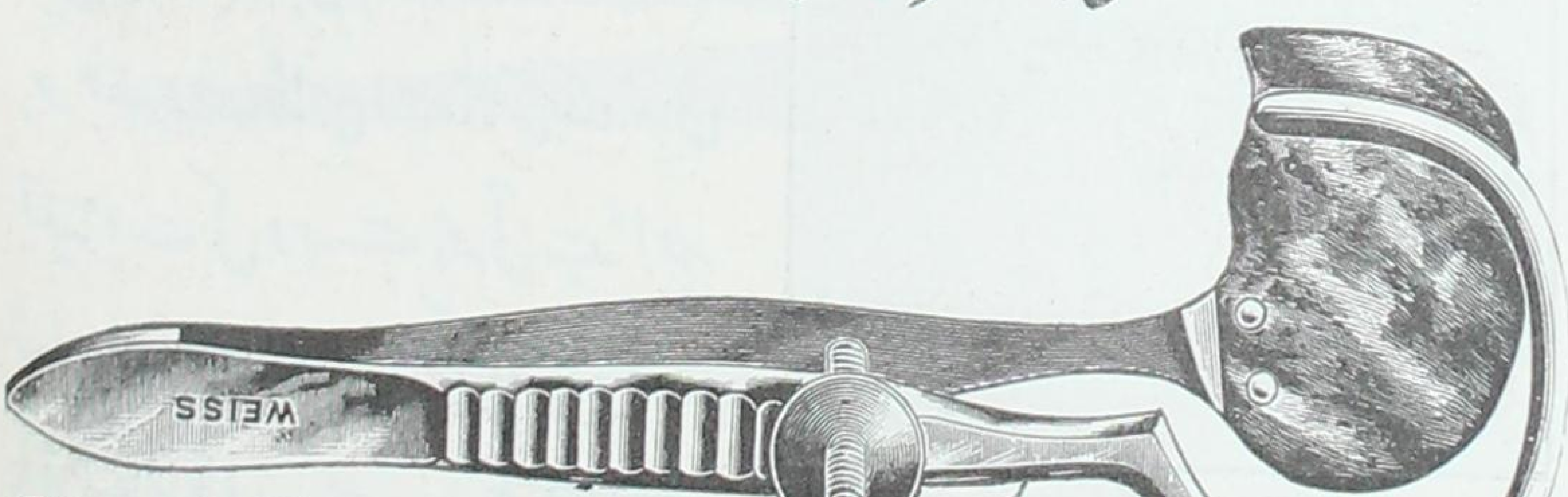
علامات۔ میکانی خراش اور قرنیہ کے تضرر کے سبب سے

پیدا ہونے والے علامات: خراش، درد، تدمع (اشک ریزی)، نور ترسی،
غشاوات (opacities) اور قرنیہ کا تقرح (ulceration)-

بحثِ اسباب - ندبی (cicatricial) قسم: اِس کا اصلی سبب
وہ ندبی تغیرات ہیں جو ختر یعنے روہوں (trachoma) کی کُہنہ حالتوں میں 62
پیدا ہوجاتے ہیں، نیز حرقات (burns) اور پپوٹوں کے دیگر تضررات



شکل ۷۶ - قرنی تختی (Horn Plate)-



شکل ۷۷ - کلاہیب ششترۂ داخلی (Knapp's Entropion Forceps)-

(injuries) اور پپوٹوں پر عملیات - تشنجی (spasmodic) قسم: کُرۂ چشم
کا ذبول یا عدم موجودگی، تشنج الاجفان (blepharospasm) پپوٹوں اور
ملتحمہ کی التہابی حالتیں، اور طویل عرصہ تک بندش یا پٹی لگائے رکھنا-

علاج - تشنجی قسم میں علاج بلا عملیہ کارآمد ہوسکتا ہے - انقافِ مقلہ
(enucleation) یعنے آنکھ نکال ڈالنے کے بعد جو ٹُنڈ باقی رہا ہو اُس پر،
یا ذبولی کُرۂ چشم پر (اگر برداشت ہوسکے) مصنوعی آنکھ لگائے رکھنے سے
علامات میں اکثر تخفیف ہوجاتی ہے - اگر کسی بندش یا پٹی کے سبب سے

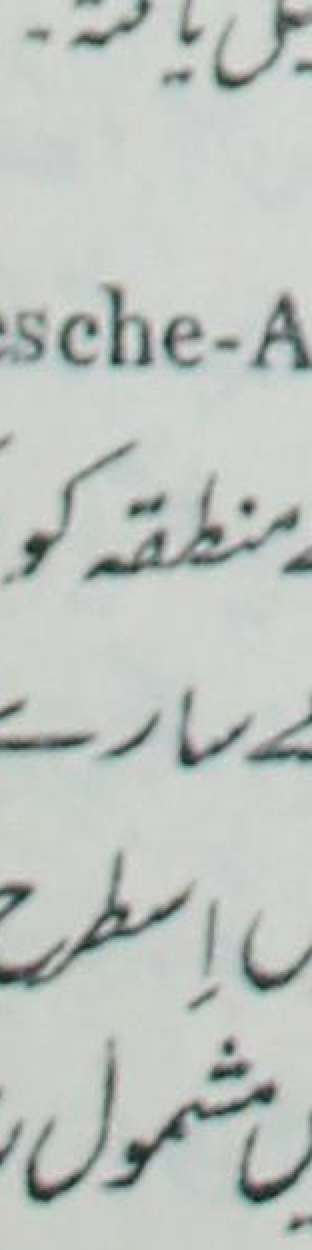
شترۂ داخلی (entropion) پیدا ہو گیا ہے تو پٹی کا استعمال ترک کر دیں یا مجحری حاشیہ پر پٹی کے نیچے نُسالہ کا ایک چھوٹا سا فتیلہ (roll of lint) اس طرح رکھدیں کہ وہ ارتکاس کی تعدیل (ازالہ) کر دے ۔ دوسری صورتوں میں ہم سببِ مرض کے ازالہ کی کوشش کرتے ہیں ۔ پپوٹے کی بیرونی سطح پر کلوڈیئن (collodion) کا ضماد کر کے، یا ایک لاصق پلاستر (لصقہ adhesive plaster) پپوٹے کے حاشیہ سے رخسار تک کھنچا ہوا لگا کر پپوٹے کو چند روز تک برون گردیدہ (everted) رکھا جا سکتا ہے ۔ اگر یہ سادہ تدابیر کارگر نہ ہوں تو عملیہ (operation) داعیۂ علاج ہے ۔ ندبی (cicatricial) قسم میں تو لازمی طور پر ہمیشہ عملیہ ہی ضروری ہوتا ہے ۔

ارتکاس الاہداب (Trichiasis) (ازدواج الاہداب Distichiasis) اور شترۂ داخلی (Entropion) کے لئے عملیات ۔

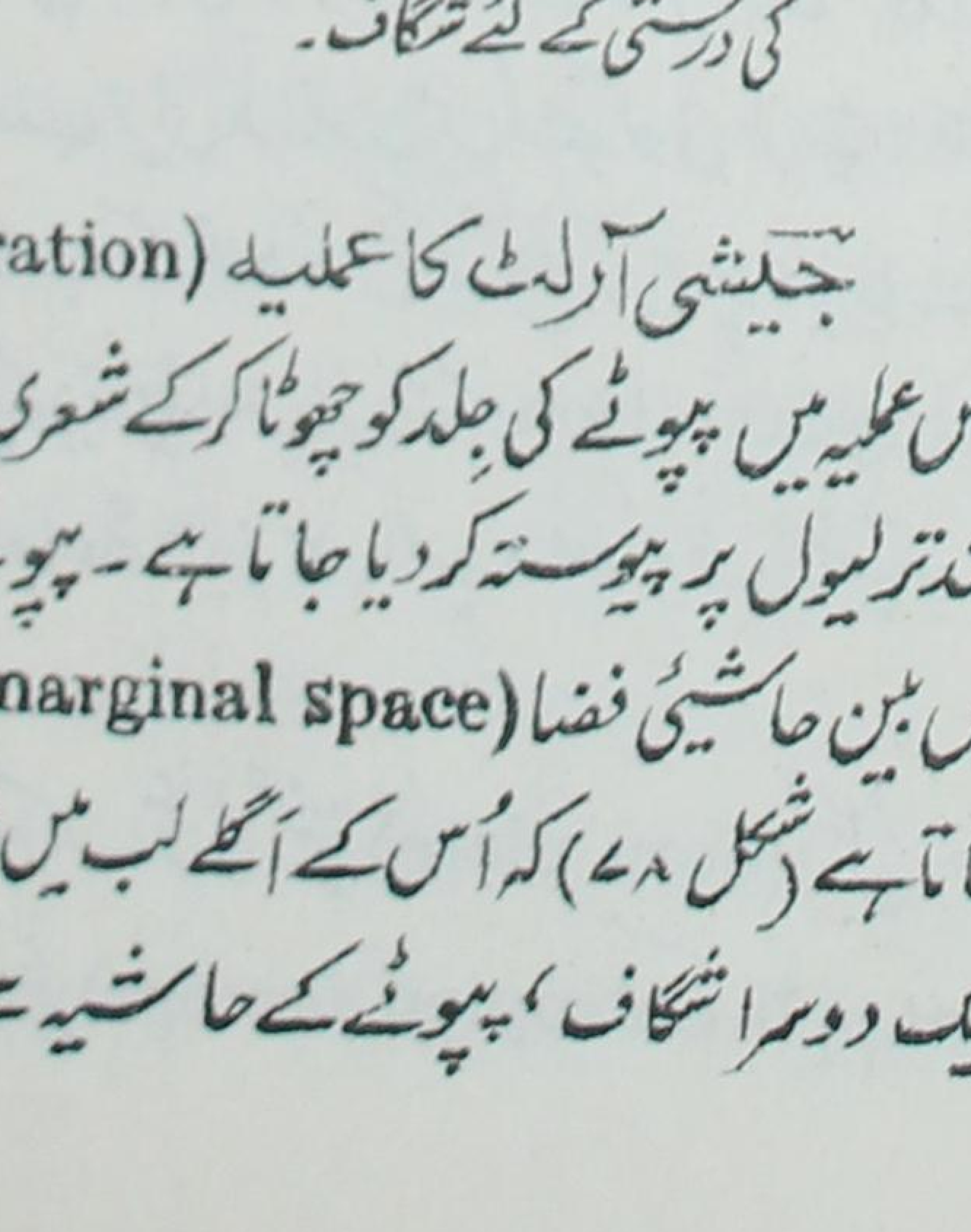
چونکہ یہ عملیات کثیر التعداد ہیں، لہذا ہر انفرادی حالت کی خصوصیات اُس کے لئے موزوں عملیہ کے انتخاب میں اثر انداز ہوتی ہیں ۔ ان عملیات میں مقصد یہ ہوتا ہے کہ بد وضع پلکوں کو کُرۂ چشم کے تماس سے علیحدہ کر دیا جائے، جس کے لئے حسب ذیل طریقوں میں سے کوئی طریقہ اختیار کیا جا سکتا ہے :- (۱) اہداب کے غلط رُخ کو صحیح رُخ پر لایا جائے ۔ (۲) یا تکلیف دہ منطقۂ جفن کو (بذریعۂ استبدالِ مقام :transplantation) دوسری جگہ پیوستہ کر دیا جائے، یا (۳) خمیدہ غضروف الجفن کو سیدھا کر دیا جائے ۔

ان عملیات میں ہم ایک قرنی تختی (horn plate) (شکل ۷۶) یا نیپ کے کلابیبِ شترۂ داخلی (Knapp's entropion forceps)

(شکل ۷۷) استعمال کرتے ہیں، جس سے آنکھ کی حفاظت ہوتی ہے، نزف (جریان خون) کا انسداد ہو جاتا ہے، اور پپوٹے کو اچھا سہارا حاصل ہوتا ہے۔ قرنی تختی کو پپوٹے کے نیچے داخل کرکے سامنے کو دبایا جاتا ہے۔ اگر جفنی ماسک (lid-clamp) استعمال کیا جائے تو اُس کا ٹھوس پھل پپوٹے کے نیچے گذارا جائے اور اِس آلہ کے پیچ کو تنگ کرکے پپوٹے کو گرفت میں لاکر محفوظ کرلیا جائے۔



شکل ۷۹، جیشی آرلٹ کا عملیہ تکمیل یافتہ۔



شکل ۷۸، جیشی آرلٹ کا عملیہ اور شترۂ داخلی کی درستی کے لئے شگاف۔

جیشی آرلٹ کا عملیہ (Jaesche-Arlt Operation)۔ اِس عملیہ میں پپوٹے کی جلد کو چھوٹا کرکے شعری جرابوں کے منطقہ کو ایک بلند تر لیول پر پیوستہ کر دیا جاتا ہے۔ پپوٹے کو اُس کے سارے طول میں بین حاشیئی فضا (intermarginal space) میں اِسطرح چیر دیا جاتا ہے (شکل ۷۸) کہ اُس کے اگلے لب میں شعری جرابیں مشمول رہتی ہیں۔ ایک دوسرا شگاف، پپوٹے کے حاشیہ سے ۴ ملی میٹر فاصلہ پر اور اُسکے

متوازی، جلد کے اندر اتنا گہرا دیا جاتا ہے کہ غضروف الجفن تک پہنچ جائے۔ تیسرا شگاف دوسرے شگاف کے سِروں کے درمیان اوپر کو خم کھاتا ہوا جاتا ہے۔ اب جلد کا وہ اہلیلجی حصّہ جو دوسرے اور تیسرے شگاف سے محدود ہے اِس طرح سے قطع کر کے نکال دیا جاتا ہے کہ عضلۂ محیطیہ (orbicularis) غیر متضرر رہے۔ اس کے بعد کٹی ہوئی جلد کے حاشیوں کو ریشم کے ٹانکوں (silk sutures) سے ملا کر خالی جگہ کو ڈھانک دیا جاتا ہے۔ اِس طریقہ سے جلد کا وہ حصّہ جس میں پلکیں موجود ہوتی ہیں، اوپر کو کھنچ جاتا ہے اور پلکیں آگے کی طرف اُٹھ آتی اور قرنیہ سے دور ہو جاتی ہیں۔ جس رقبہ سے جلد اور پلکیں ہٹا دی گئی ہیں اُسے اِندماب (cicatrization) واقع ہونے کے لئے بدستور چھوڑا جا سکتا ہے، یا اوپر سے نکالی ہوئی جلد کی دھجی کو موزوں طریقہ سے کاٹ چھانٹ کر اُس سے، یا دہن کی غشائے مخاطی کی ایک دھجی سے، ڈھانک سکتے ہیں۔ یہ پیوند (inserts) چند ہی روز میں چسپاں ہو جاتے ہیں۔

64

اِسٹریٹ فیلڈ سنیلنی عملیہ (Streatfeild-snellen Operation) کی غایت یہ ہے کہ غضروف الجفن کا ایک فانہ نما ٹکڑا نکالکر دروں گردیدہ پپوٹے کو سیدھا کر دیا جائے۔ پپوٹے کے حاشیہ سے دو ملی میٹر اوپر، اُس کے سارے طول میں اور متوازیاً، جلد میں ایک عرضی شگاف لگایا جاتا ہے۔ عضلۂ محیطیہ (orbicularis) کی ایک دھجی نکالکر غضروف الجفن کو منکشف کر دیا جاتا ہے۔ غضروف الجفن کے سارے طول میں سے اُس کا ایک فانہ نما ٹکڑا، جس کے راس کا رُخ ملتحمہ کی طرف ہو، کاٹ کر نکالدیا جاتا ہے۔ غضروف الجفن کی مقطوع سطحیں

تین ٹانکوں کے ذریعہ سے (جن کے دونوں سروں میں سوئیاں پروئی ہوتی ہیں) حسب ذیل طریقہ سے باہم ملا دی جاتی ہیں: ایک سوئی کو میزاب سے اوپر غضروف الجفن میں سے ہو کر گذارا جاتا ہے۔ پھر دونوں سوئیوں کو غضروف الجفن ہیں کے زخم کے سامنے سے نیچے کو، اور پھر غضروف اور جلد کے درمیان میں سے ہوتے ہوئے پپوٹے کے آزاد حاشیہ سے عین اُوپر (شکل ۸۱) تقریباً ۳ ملی میٹر درمیانی فاصلہ رکھکر، باہر نکال لیا جاتا ہے۔



شکل ۸۱ - اسٹریٹ فیلڈ سنیلنی عملیہ برائے شترۂ داخل۔ تراشش کا منظر۔



شکل ۸۰ - اسٹریٹ فیلڈ سنیلنی عملیہ (Sreatfeild-Snellen Operation) برائے شترۂ داخلی۔ ایک ٹانکے میں گرہ لگائی گئی ہے۔

اگر ان تاگوں کو پلکوں کے پیچھے جفنی حاشیہ کے پچھلے لب پر باہر نکالا جائے تو اور زیادہ نمایاں بروں گردیدگی پیدا ہو جاتی ہے (ترمیم ہربرٹ (Herbert's modification: - دونوں تاگوں کو ایک منکہ پر باندھکر، پھر پیشانی پر ایلسٹک پلاسترسے جماکر محفوظ کر دیا جاتا ہے۔ جلد کا زخم

65

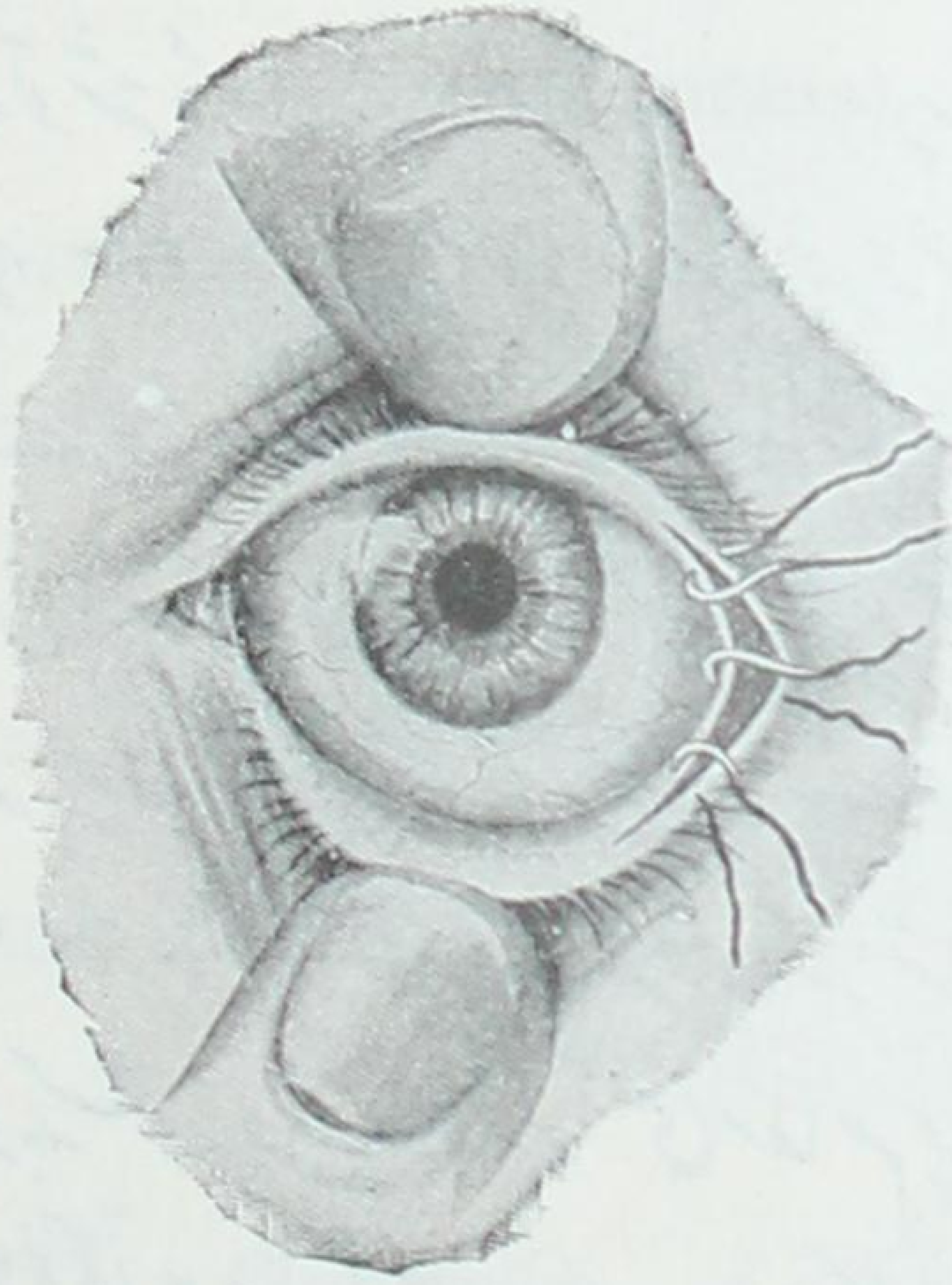
خود بخود مسدود ہوجاتا ہے۔

عملیات برائے تشنجی (شیوخی) شترۂ داخلی [Operations for Spastic (Senile) Entropion] ۔یہ حسب ذیل عملیات پر مشتمل ہیں : (۱) جلد کی ایک عرضی دھجی کا استیصال (کاٹکر خارج کردینا) مع اُس کے نیچے کے عضلہ محیطیہ (orbicularis) کے۔ اِس دھجی کی چوڑائی کا اندازہ اِسطرح کیاجاتا ہے کہ جب اِسے چٹکی میں پکڑکر اُٹھایا جائے تو شترۂ خارجی (ectropion) پیدا نہ ہونے پائے اور شترۂ داخلی (entropion) زائل ہوجائے۔ پھر زخم کے حاشیوں کو ریشم کے ٹانکوں سے جوڑ دیا جاتا ہے۔ (۲) الکحل کا اِشراب : نیچے کے پپوٹے کی بیرونی انتہا پر اُس کے حاشیہ کے قریب کچوکا (puncture) لگانے کے بعد عضلۂ محیطیہ کے بیرونی ریشوں کے اندر ۴ فی صدی نوؤکین (4% novocain) کے چند قطروں کا اِشراب کیا جاتا ہے۔ پچکاری کی سوئی کو بدستور وہیں چھوڑکر اُسی مقام پر ۹۵ فی صدی الکحل (95% alcohol) کی ۲ء۰ تا ۳ء۰ سمر کا اِشراب ۵ ملی میٹر فاصلہ تک کردیا جائے۔ اِس طریقۂ عمل سے عموماً کوئی درد نہیں ہوتا، اور یہ کچھ عرصہ کے لئے (اور بعض اوقات مستقلاً) کامیاب ثابت ہوتا ہے۔

(۳) ماق پیوندی یا ترقیع الماق (canthoplasty)۔

ترقیع الماق یا ماق پیوندی (Canthoplasty)۔اِس عملیہ میں بیرونی ماق کو قطع کرکے شقِ جفنی (palpebral fissure) کو وسیع کردیا جاتا ہے۔ پپوٹوں کو اُنگلیوں سے تان کر بیرونی ماق (external canthus) کے پاس سے جُدا کرکے پھیلا دیا جاتا ہے۔ کُند نوک والی

سیدھی قینچی[1] کا ایک پھل بیرونی ملتقے (external commissure) کے
پیچھے اندر کو جتنی دور جا سکے داخل کر کے اُس کی پوری دبازت کو کتر دیں،
مگر جلد کے زخم کو ملتحمہ کے زخم کی نسبت کسی قدر زیادہ لمبا رکھیں۔ اِس 66
ترکیب سے ایک معیّن نما[2] زخم پیدا ہو جاتا ہے۔ اب زخم کے راس کے
پاس کے ملتحمہ کو اُس کے نیچے کی بافت کی پیوستگی سے چھڑا کر جلد کی شگاف



شکل ۸۲ - ترقیع الماق ۱ (Canthoplasty)۔

کے مرکزی حصّہ کے ساتھ سی دیا جاتا ہے۔ ایک دوسرا ٹانکا زخم کے
بالائی حصّے میں، اور تیسرا ٹانکا زخم کے نیچے کے حصّے میں لگا کر ملتحمہ کو جلد
کے ساتھ جوڑ دیا جاتا ہے (شکل ۸۲)۔

۱؎ blunt-pointed straight scissors.

۲؎ معیّن نما rhomboidal:

ٹانکے اِس طرح داخل کئے جاتے ہیں کہ دوبارہ التیام (reunion) نہ ہونے پائے، اور اِس کا اثر دامی رہے۔ اگر ماق کو عارضی طور پر وسیع کرنا مقصود ہوتا ہے تو ٹانکے حذف کردئے جاتے ہیں۔ اس صورت میں عملیہ کو **ماق شگافی** (canthotomy)، یا **عارضی ترقیع الماق** (temporary canthoplasty) کہتے ہیں۔

اِس عملیہ کے دواعیٔ استعمال (indications) حسب ذیل ہیں: شنج الاجفان (blepharospasm) جو تشنجی شترۂ داخلی (spastic entropion) کے ساتھ ہو، اور حثری سبل (trachomatous pannus) کی بعض حالتیں۔ عارضی ترقیع الماق (temporary canthoplasty) کے دواعی حسب ذیل ہیں: حادریمی التہاب ملتحمہ (acute purulent conjunctivitis)، جبکہ پپوٹوں کے ورم سے کرۂ چشم پر مُضر دباؤ پڑتا ہے۔ شنج الاجفان (blepharospasm)۔ کلانی یافتہ کرۂ چشم یا محجری سلعہ (orbital tumour)۔

شترۂ خارجیہ (برول حافہ)

(ECTROPION)

یہ وہ حالت ہے جس میں پپوٹہ باہر کی طرف مُڑکر اُس کی ملتحمی سطح کم وبیش منکشف ہوجاتی ہے (شکل ۷۳، اور شکل ۶۲، صفحہ ۷)۔ شترۂ خارجی بالائی پپوٹے یا زیرین پپوٹے کو یا دونوں کو ماؤف کرسکتا ہے۔

علامات۔ دُماع یا ڈھلکا (epiphora) [نقطۂ دمعیہ (punctum) کے اُلٹ جانے کی وجہ سے] جس کے باعث نیچے کے

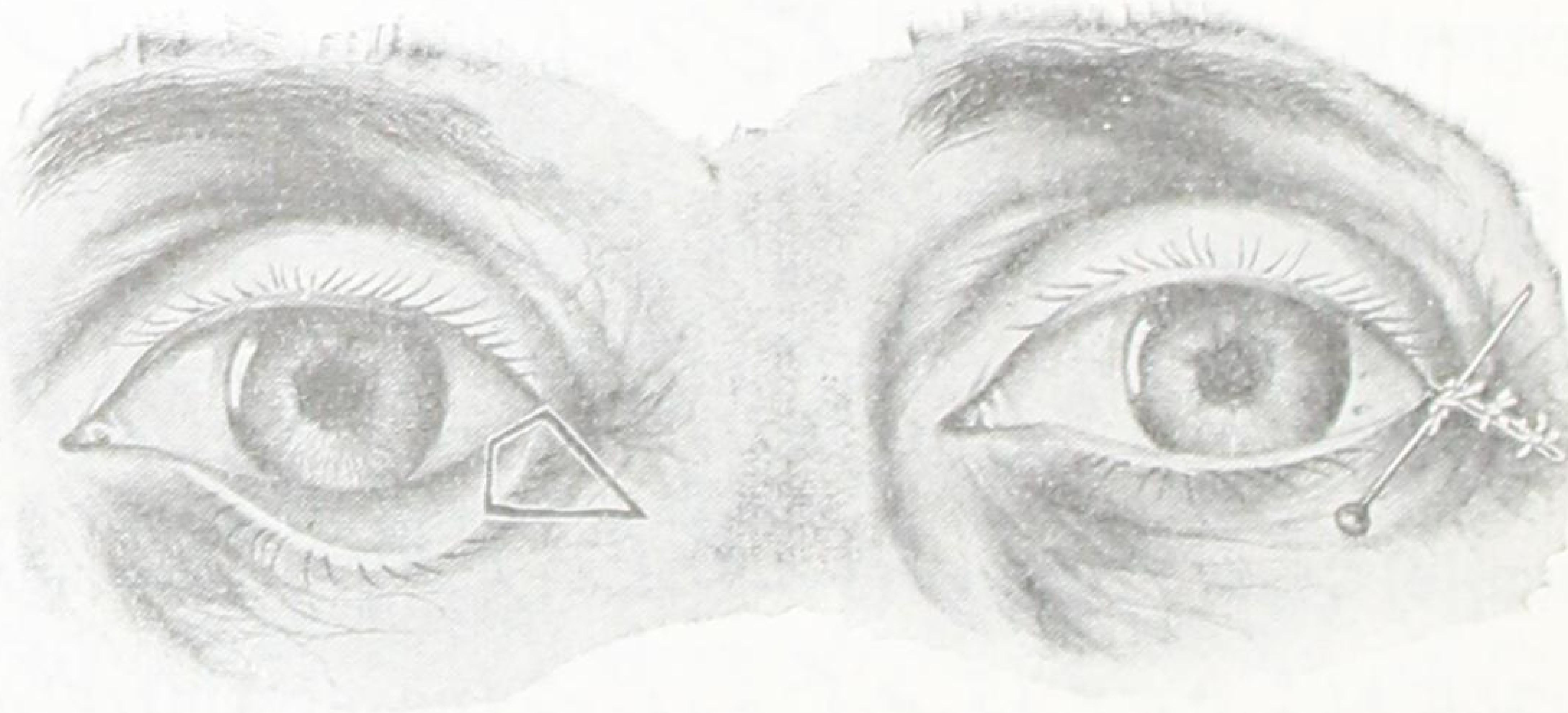
پپوٹے میں انسحاجات (excoriations) اور اکزیما (eczema) پیدا ہوجاتے ہیں، اور پھر اس سے انقباض پیدا ہوکر پپوٹے کا تشوّہ (deformity) اور زیادہ ہوجاتا ہے۔ منکشفہ ملتحمہ سُرخ اور متضخّم (hypertrophied) ہوجاتا ہے۔ نمایاں حالتوں میں پپوٹوں کے نامکمل طور پر بند ہونے کی وجہ سے ممکن ہے کہ قرنیہ بھی ماؤف ہوجائے۔

بحثِ اسباب۔ (۱) ندبی انقباض (cicatrical contraction)، جو زخموں، جراحی عملیات، حرقات (burns)، قروح (ulcers)، اور مجحری حاشیہ یا اُس کے گردوپیش کی سطحات کی بوسیدگی (caries) کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے (ندبی شترۂ خارجی: cicatricial ectropion)۔ (۲) مزمن التہاب ملتحمہ (chronic conjunctivitis) اور جفنی التہاب (blepharitis)، جس کے ساتھ تضخّم (hypertrophy) بھی بہت زیادہ ہو۔ (۳) معمر اشخاص میں جلد اور عضلۂ محیطیہ (orbicularis) کا ارتخا (relaxation) یعنے ڈھیلا پڑجانا جس سے صرف نیچے کا پپوٹہ ماؤف ہوتا ہے (شیوخی شترۂ خارجی senile ectropion)۔ (۴) عصبِ وجہی (facial nerve) کے عوارض، جو عضلۂ محیطیہ (آربی کیولارس) کو مشلول کردیں (شللی شترۂ خارجی: paralytic ectropion)۔ اِن میں بھی صرف نیچے کا پپوٹہ ماؤف ہوتا ہے۔ (۵) عضلۂ محیطیہ کے حاشیئی حصّے کا تشنجی انقباض (spasmodic contraction) (تشنجی شترۂ خارجی: spasmodic ectropion)۔ یہ خاصکر اُن بچوں میں دیکھا جاتا ہے، جن میں حاد التہابِ ملتحمہ (acute conjunctivitis) کیساتھ شدید تشنج الاجفان (blepharospasm)

بھی موجود ہو۔

67

علاج۔ بلا عملیہ: تشنجی قسم میں پپوٹے کو مناسب طور پر رکھ دینے کے بعد اُسے ٹھیک وضع میں قائم رکھنے کے لیے اگر ایک موزوں عصابۂ مقیمہ[1] باندھ دیا جائے تو اکثر یہ خرابی رفع ہو جاتی ہے۔ شللی قسم میں ایک پٹی استعمال کی جاتی ہے، اور ساتھ ہی وجہی شلل (لقوہ) (facial paralysis) کو درست کرنے کی کوشش بھی کی جاتی ہے۔ شیوخی قسم (senile form) میں



شکل ۸۳۔ عملیہ آیڈم برائے شترۂ خارجی۔
الف۔ تنگافات۔ ب۔ تکمیل یافتہ۔

مریض کو یہ ہدایت کر دی جائے کہ آنسو پونچھتے وقت پپوٹے کو اوپر اور اندر کی طرف دبائے، نہ کہ نیچے اور باہر کی طرف۔ شترۂ خارجی کی خفیف حالتوں میں، جو زیادہ ملتحمی تضخم (conjunctival hypertrophy) کے ساتھ

---

[1] retaining bandage = عصابۂ مقیمہ۔

موتلف ہوں، ملتحمہ کی منکشف سطح پر سلور نائٹریٹ (silver nitrate) کا ۲ فیصدی محلول لگا دینا مفید ہو سکتا ہے۔ ندبہ (cicatrix) کی مالش احتیاط سے کی جائے تو ممکن ہے کہ اِس سے بھی کچھ آرام حاصل ہو۔ جب اِن سادہ طریقوں سے کام نہ چلے تو اِس صورت میں' اور ندبی شترۂ خارجی (cicatricial ectropion) کی حالت میں' جراحی مداخلت (یعنی جراحی عملیات سے کام لینا) ضروری ہے۔

شترۂ خارجی کے لئے جراحی عملیات۔ بعض حالتوں میں ملتحمہ اور زیر ملتحمی بافت کے ایک مزمن تفخّم (chronic hypertrophy) کی وجہ سے نیچے کے پپوٹے کا حاشیہ بروں گردیدہ[1] (باہر اُلٹا ہوا) معلوم ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں اگر اُفقی رُخ میں دو شگاف لگا کر متفخّم حصّہ کی پوری چوڑائی کا ایک فانہ نما ٹکڑا نکال دیا جائے تو اِس خرابی کا تدارک ہو جائے گا۔ اِس عملیہ میں ٹانکے لگانے کی ضرورت نہیں شیوخی (senile) اور شللی (paralytic) شترۂ خارجیہ کی صورتوں میں مندرجۂ ذیل طریقوں میں سے کسی ایک کے ذریعہ پپوٹے کو اپنی جگہ پر لا سکتے ہیں: (۱) نخزۂ گیلوانی (galvano-puncture)۔ (۲) پپوٹے کے کنارے کے طول کی تقصیر (چھوٹا کر دینا)۔ (۳) جفن دوزی (tarsorrhaphy)۔

نخزۂ گیلوانی (Galvano-puncture) سے صرف خفیف حالتوں میں کام لیا جاتا ہے' اور ممکن ہے کہ اُس کے اثرات محض عارضی ہوں۔ ایک کند نوک والے برقیرہ (blunt-pointed electrode) کو مدھم

---

[1] بروں گردیدہ = everted۔

68

حرارت تک گرم کر کے اُس سے نیچے کے پپوٹے کے ملتحمہ میں، ایک ایسے خط میں جو جفنی حاشیہ سے ۴ ملی میٹر فاصلہ پر ہو، چار چار ملی میٹر فاصلہ پر کچو کے (punctures : نخزات) لگائے جاتے ہیں۔ کواۃ (cautery) صرف ملتحمہ اور غضروفِ جفن (tarsus) کو چھیدتا ہے، جلد کو نہیں چھیدتا۔

جفنی حاشیہ کی تقصیر (عملیۂ ایڈم Adam's operation:)۔ اِس عملیہ کا اطلاق اُس وقت ہوتا ہے جب کہ تطوّل (elongation) بہت زیادہ ہو۔ پپوٹے کی پوری دبازت میں سے ایک فانہ نما ٹکڑا کاٹ کر نکال دیا جاتا ہے، جس کا قاعدہ جفنی حاشیہ کے متناظر ہوتا ہے، اور جس کا عرض مطلوبہ تقصّر (shortening) کی مقدار کے لحاظ سے ۵ تا ۱۰ ملی میٹر ہوتا ہے (شکل ۸۳ الف)۔ کوروں کو ایک خرگوش لبی الپین (hare-lip pin) کے ذریعہ اور جلدی حاشیوں کو ریشمی ٹانکوں کے ذریعہ باہم ملا دیا جاتا ہے۔ یہ ٹکڑا وسطِ جفن سے کاٹ کر نکالا جا سکتا ہے، لیکن بیرونی ماق (external canthus) کے مقام پر یہ عملیہ کرنا بہتر ہے تاکہ پپوٹے میں کٹاؤ[1] نہ پڑنے پائے (شکل ۸۳ ب)۔

ندبی شترۂ خارجی (cicatricial ectropion) کے لئے کثیر التعداد عملیتی طریقوں کی سفارش کی گئی ہے۔ لیکن کامیابی کے لئے یہ شرط ضروری ہے کہ تمام ندبی انضمامات (cicatrical adhesions) مکمل طور پر قطع کر دئے جائیں، تاکہ پپوٹہ اپنی قدرتی وضع اختیار کر لے۔ عملیہ کوئی بھی ہو، مگر اُس کا مقصد یہ ہونا چاہئے کہ مکرر اندماب (recicatrization)

---

[1] کٹاؤ: notching-

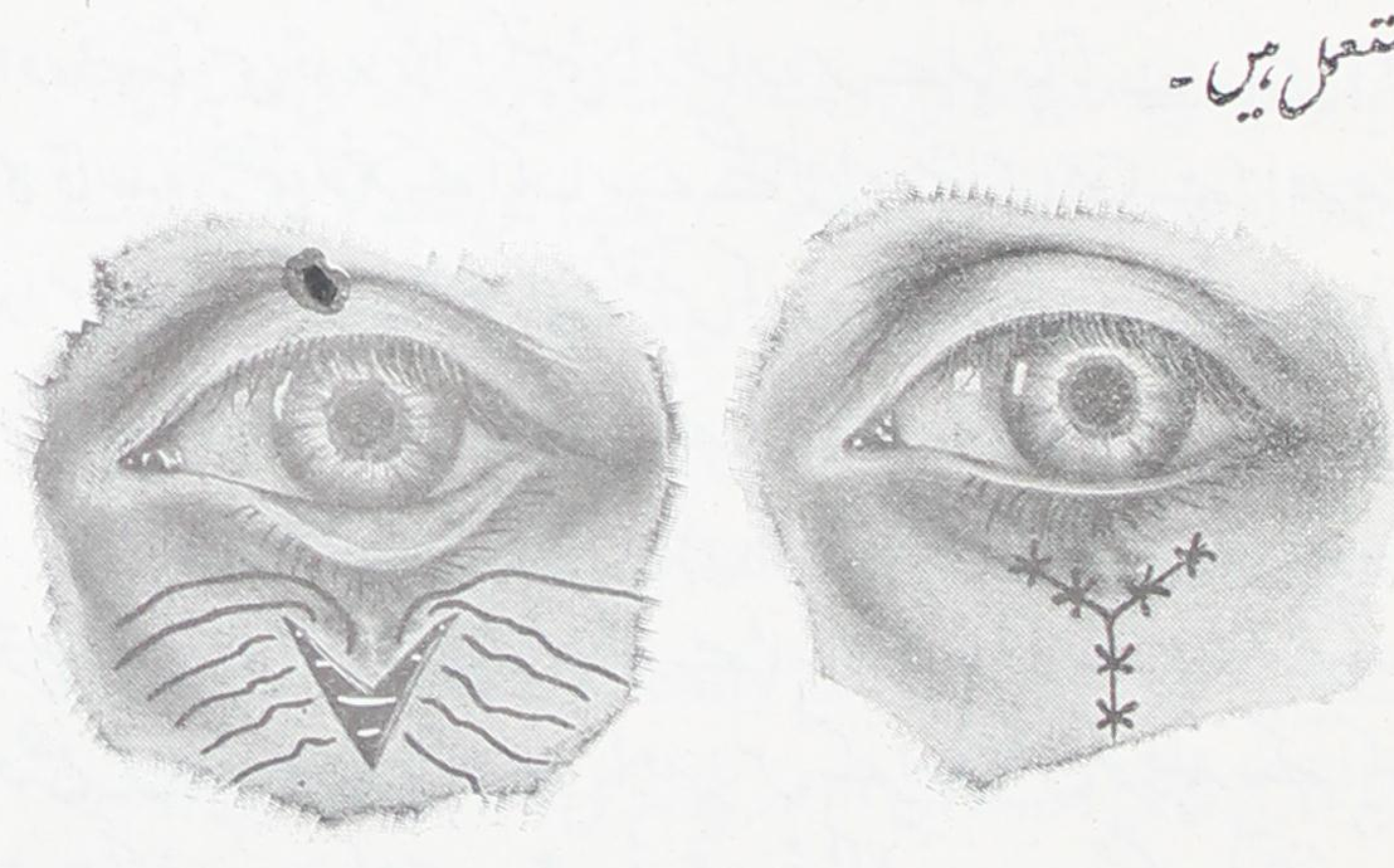
نہ ہونے پائے۔ اگر شترۂ خارجی خفیف سا ہے اور جلد تھوڑی ہی غائب ہوئی ہے تو محض نمدبی بندوں کو تحت الجلد قطع کر دینا، یا نمدبی حصّہ کو کاٹ کر نکال دینا اور پھر زخم کے حاشیوں کو ٹانکوں کے ذریعہ باہم ملا دینا ہی کافی ہو سکتا ہے۔ ایک طریقۂ عمل جو اکثر استعمال کیا جاتا ہے، درج ذیل ہے:

V Y عملیہ (Wharton Jones)۔ اِس میں ایک V کی شکل کا شگاف لگایا جاتا ہے، جس کا راس جفنی حاشیہ سے مخالف سمت میں ہوتا ہے۔ اِس شگاف میں ندبہ بھی شامل ہوتا ہے۔ بعد ازاں نہ صرف V نما رقبہ کے اندر ہی بلکہ اُس کی دونوں جانبوں کو بھی، جلد کو زیر اُفتادہ حصّوں سے پکڑ لیا جاتا ہے۔ اب V نما رقبہ کو اوپر کی جانب کِھسکایا جائے یہاں تک کہ اِس سے جفنی حاشیہ کی خفیف سی دروں گردیدگی (inversion) پیدا ہو جائے۔ ازاں بعد شگاف کے حاشیوں کو ٹانکے لگا کر اِس طرح ملا دیا جائے کہ Y کی شکل پیدا ہو جائے (شکل ۴۳)۔

نسبتاً زیادہ وسیع ندبی شترۂ خارجی کی حالت میں اکثر ایک ترمیمی عملیہ (plastic operation) کی ضرورت ہوتی ہے (جسے ترقیع الجفن blepharoplasty: کہتے ہیں)۔

ترقیع الجفن یا جفن پیوندی (Blepharoplasty)۔ اِس عملیہ میں اُس نقص کو، جو کسی ندبہ (cicatrix)، نوبالیدگی (new growth) یا وسیع تقرح کے خارج کر دینے سے پیدا ہو جائے، کسی متصل حصّے سے لئے ہوئے ڈنڈی دار جلدی داسوں (skin-flaps) سے یا جلدی پیوندوں (skin-grafts) کے ذریعہ ڈھانک دیا جاتا ہے۔

ایسے عملیات میں پپوٹوں کو کئی ٹانکے لگا کر عارضی طور پر بند کر دینے کا دستور ہے، تا کہ ندبی بافت کے انقباض سے عملیہ سے حاصل کردہ نتائج زائل نہ ہونے پائیں۔ ترقیع الجفن کے اُن لاتعداد عملیات میں سے جنہیں ڈنڈی دار جلدی دامنوں سے کام لیا جاتا ہے، نیپ (Knapp)، ڈیفن بخ (Dieffenbach)، اور فرکے (Fricke) کے طریقے نہایت عام طور پر مستعمل ہیں۔



شکل ۴۸۔ V Y عملیہ برائے شترۂ خارجی۔
(الف) شگافات: ٹانکے اپنے مقام پر۔ (ب) تکمیل یافتہ۔

طریقۂ نیپ (Knapp's Method) (برائے جفن زیریں) یہ ہے کہ پپوٹے کے نقص کی دونوں جانب ایک ایک جانبی دامن (lateral flap) جدا کیا جائے اور اُسے متصلہ بافت سے چھڑا کر، دونوں دامنوں کو نقص کے اوپر کھینچ کر ٹانکوں کی ایک انتصابی قطار سے متحد کر دیا جائے۔

طریقۂ ڈیفن بخ (Dieffenbach's Method) (برائے

جفنِ زیریں) - اِس میں رخسار سے ایک متصل چوگوشہ دامن (quadrangu-lar flap) استعمال میں لایا جاتا ہے اور اِسے اندر کی طرف پھسلا کر نیچے کے نقص کو ڈھانک دیا جاتا ہے۔

طریقۂ فریک (Fricke's Method) (بالائی یا زیریں دونوں اجفان کے لئے) - اِس میں ایک زبان نما دامن، جفنی نقص کی شکل کا اور نسبتہً کسی قدر بڑا، کنپٹی یا رخسارہ پر سے لیا جاتا ہے۔ اِس دامن کا قاعدہ جفنی زخم کے ایک سرے سے متصل اور متماس ہوتا ہے، اور جب دامن کو اپنی جگہ سے منتقل کر کے نقص کی پیوندکاری کر دی جاتی ہے تو دامن کا قاعدہ ہی وہ حصہ ہوتا ہے جو بل کھا جاتا ہے۔

جلدی پیوندکاری (Skin-Grafting) - دونوں پپوٹوں کو قریب لا کر اور اُن میں عارضی طور سے ٹانکے لگا کر ماؤف پپوٹے کو ٹھیک وضع میں باندھ دیا جاتا ہے، اور اِس کے بعد نقص کو جلد کے ایک بڑے ٹکڑے سے یا متعدد چھوٹے ٹکڑوں سے پُر کر دیا جاتا ہے۔ پیوند جسم کے کسی ایسے حصے سے لئے جاتے ہیں جس میں جلد پتلی اور نازک ہو (مثلاً بازو یا ران کی اندرونی جانب سے)۔ پیوند یا پیوندوں کا رقبہ اُس نقص کی نسبت جسے ڈھانکنا منظور ہے، ایک ثلث زائد ہونا چاہئے، تاکہ پیوند کے سکڑنے کے بعد کھلی جگہ باقی نہ رہے۔ پیوند میں جلد کی پوری دبازت مشمول کی جاسکتی ہے (طریقۂ وُلفے Wolfe's method)، یا اُس میں صرف برادمہ (epidermis) شامل کیا جاسکتا ہے (طریقۂ تھیرش: Thiersch's method)۔ جس رقبہ کو ڈھانکنا ہے، وہ صاف ستھرا اور خون سے پاک ہونا چاہئے۔ پیوند کو اپنی جگہ پر

70

رکھنے کے بعد ربر یا حفاظتی ریشم کی ایک تہ سے، اور پھر ایک دافع عفونت کسوۃ (antiseptic dressing) سے، ڈھانک دیا جاتا ہے۔ اِس کسوۃ (پٹی) کو تین دن تک نہیں چھیڑا جاتا، اور پیوند پر کی اصلی حفاظتی تہ کو تو اکثر اور زیادہ مدت تک اپنی جگہ پر چھوڑ دیا جاتا ہے۔

جلدی پیوند کاری کا طریقہ اب کثرت سے مستعمل ہے، اور اُس سے نہایت اچھے نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ اگر پیوند کے کسی حصہ میں غثث (sloughing) واقع ہو جائے تو نقص کے اُسی حصے کو تازہ کر کے اُس پر دوسرا پیوند لگا دیا جائے۔ اِس طریقہ میں بہ نسبت اُس طریقہ کے جس میں ڈنڈی دار دامن استعمال کئے جاتے ہیں، بدشکلی کم ہوتی ہے۔ چونکہ تھیرش کے پیوند وُلفے کے پیوندوں کی نسبت پتلے اور نرم ہوتے ہیں، لہذا تجمیلی لحاظ سے (cosmetically) اُن سے زیادہ حسین نتائج حاصل ہوتے ہیں، اور پپوٹہ بھی اِتنا بھاری نہیں ہوتا۔

جفن دوزی (Tarsorrhaphy)۔ اِس عملیہ کی غرض یہ ہوتی ہے کہ شقاقِ جفنی (palpebral fissure) کی چوڑائی کو کم کر دیا جائے، اور اِس مقصد کو حاصل کرنے کے لئے پلکوں کی کوروں کو بیرونی ملتقے (outer commissure) کے مقام پر جوڑ دیا جاتا ہے۔ پپوٹوں کی کوروں کو بیرونی ماق کے خطے میں مطلوبہ حد تک ایک دوسرے کے قریب لایا جاتا ہے، تاکہ عامل کو اِس امر کا صحیح علم ہو جائے کہ اُن کا کس قدر اتحاد مطلوب ہے۔ بیرونی ملتقے کے پیچھے ایک قرنی ملوق (horn spatula) ڈالکر ہر ایک پپوٹے کے کنارے کی لمبائی جسقدر مطلوب ہو مع شعری جرابوں (hair follicles) کے کاٹ کر خارج کر دی جاتی ہے۔

دامن کی لمبائی مطلوبہ اثر کے لحاظ سے مختلف ہوا کرتی ہے (تقریباً ۳ تا ۶ ملی میٹر اور اُس کی چوڑائی ایک ملی میٹر ہوتی ہے)۔ نسبتہً زیادہ مستحکم انضمام حاصل کرنے کے لئے اُس نقطہ سے جہاں پر پہلا شگاف ختم ہوتا ہے، آگے کو ۲ یا ۳ ملی میٹر فاصلہ تک، پپوٹے کے کنارے کو (باستثنائے اہداب) مُعَرّا (denuded) کر دیا جاتا ہے۔ پھر ریشم کے ٹانکوں سے اِن مُعَرّا کوروں کو باہم جوڑ دیا جاتا ہے (شکل ۷۶)۔ یہ عملیہ خرگوش چشمی (lagophthalmos)، اور جاحظ کرمرض بیزیدو (Basedow's disease) میں، بعض اوقات شیوخی اور شللی شترۂ خارجی (senile and paralytic ectropion) میں، اور ترقیع الجفن (blepharoplasty) کے سلسلہ میں کیا جاتا ہے۔ وسطی جفن دوزی (median tarsorrhaphy) یعنے



شکل ۷۵۔ جفن دوزی

(tarsorrhaphy)

71

پپوٹوں کے مرکزی حصوں کو جوڑنے کا عملیہ اُس وقت کیا جاتا ہے جب کہ پپوٹوں کو کچھ عرصہ تک بند رکھنا لیکن بالآخر جدا کر دینا مقصود ہوتا ہے۔ اِس عملیہ کی ضرورت ترقیع الجفن (جفن پیوندی) (blepharoplasty) میں پپوٹوں کو دورانِ اندمال میں اپنی وضع پر قائم رکھنے کے لئے ہوتی ہے اور عصبی شللی التہابِ قرنیہ (neuroparalytic keratitis) میں جبکہ آنکھ کو عرصۂ دراز تک ڈھکا ہوا رکھنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

ملاصقۂ اجفان (Ankyloblepharon) دو پپوٹوں کے

حاشیوں کا باہمی انضمام (چپکاؤ) ہے ۔ یہ التصاق جزئی یا مکمل، پیدائشی یا اکتسابی ہو سکتا ہے، اور اس کے ساتھ اکثر اوقات پپوٹہ کرۂ چشم سے بھی چپکا ہوا ہوتا ہے (مقلی جفنی التصاق : symblepharon)۔

تضیق الاجفان (Blepharophimosis)۔ اس حالت میں بہ ظاہر یہ معلوم ہوتا ہے کہ شقاقِ جفنی (palpebral fissure) بیرونی ماق میں سکڑ گیا ہے، جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ جلد کا ایک انتصابی دہراؤ اس زاویہ (گوشہ) کو ڈھانکتا اور چھپا دیتا ہے ۔ یہ صورت مزمن التہاب ملتحمہ کی طویل حالتوں میں نظر آسکتی ہے، جن میں دُماع (ڈھلکا) (epiphora) کی وجہ سے التہاب جلد پیدا ہو کر متصل جلد ماق کے اوپر کھنچ آتی ہے ۔

تشنج الاجفان (Blepharospasm)۔ یہ عضلہ محیطیہ (orbicularis) کا تشنج ہے، جس کی وجہ سے پپوٹے بند ہو جاتے ہیں ۔ در اصل تشنج الاجفان عینی مرض کی یا ایک عصبانیت کی علامت ہے ۔ اس کی طنابی قسم (tonic form) (مستمر) اجسامِ غریبہ، بیرونی ماق کے شقاق، اور قرنیہ اور عنبیہ (uvea) کے مرض کے ساتھ موجود ہوتی ہے، اور اس کا سبب ثلاثی توامی عصب (trigeminus) کے انتہائی ریشوں کی خراش ہے ۔ شاذ حالتوں میں یہ حالت ہسٹریائی ہوتی ہے ۔ اس کا علاج یہ ہے کہ سبب کو دور کیا جائے ۔ رجفی قسم (clonic variety) (متوقف)، جو اکثر محض ریشکی اینٹھن (بالخصوص نیچے کے پپوٹے میں) ہوتی ہے، زیادہ اہمیت نہیں رکھتی گو مریض کے لئے تکلیف دہ ہوتی ہے۔ اس کا انحصار نقائصِ انعطاف (errors of refraction)، التہاب ملتحمہ

(conjunctivitis) یا حد سے زیادہ محنت و مشقت، وغیرہ اسباب پر ہو سکتا ہے۔ متوتف تشنج عادتی داء الرقص (habit chorea) کی ایک شکل ہو سکتا ہے۔ ایک اور قسم جو نہایت دشوار علاج ہوتی ہے، بعض اوقات معمّر اشخاص میں دیکھی جاتی ہے۔ ان میں جفنی تشنجات کے ساتھ ساتھ متصلہ وجہی عضلات میں بھی ایسے ہی حرکات موجود ہوتے ہیں، جن سے تقلّص (tic) کی ایک شکل پیدا ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ عضلۂ محیطیہ (orbicularis) کے اندر الکحل کا اشراب کرنے سے حالت ایک مختلف عرصہ کے لئے بلکہ مستقل طور پر شفایاب ہو جائے۔

خرگوش چشمی (Lagophthalmos) وہ حالت ہے جس میں پپوٹوں کو بند کرنے پر جفنی شقاق صرف نامکمل طور پر بند ہوتا ہے، جس کی وجہ سے بصلی ملتحمہ (bulbar conjunctiva) اور قرنیہ کھلا رہ جاتا ہے، اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ دونوں متضرر ہو جاتے ہیں۔ یہ حالت پپوٹوں کے پیدائشی یا اکتسابی تقصر (shortening)، شترۂ خارجی (ectropion)، عضلۂ محیطیہ کے شلل اور کرۂ چشم کے بروز (protrusion) یا کلانی کی وجہ سے ہو سکتی ہے، نیز یہ اُن افراد میں دیکھی جاتی ہے جو بیہوشی یا نزع کی حالت میں ہوں۔

استرخاء الجفن

72

(Ptosis)

یہ عضلۂ رافعہ (levator) کے شلل یا اُس کے ناقص نمو کی وجہ سے اوپر کے پپوٹے کا لٹک پڑنا ہے۔ استرخاء الجفن کے تمام درجات واقع

ہوتے ہیں۔ جب یہ بہت نمایاں ہوتا ہے تو پتلی کو ڈھانک دیتا ہے اور بصارت میں حائل ہوتا ہے۔ مریض عضلۂ قذالیہ جبہیہ (occipito-frontalis) کے بالجبر عمل سے پپوٹہ کو اوپر اٹھانے کی کوشش کرتے ہیں، جس سے پیشانی کی جلد میں شکنیں پڑ جاتی ہیں (شکل ۸۶) وہ سر کو پیچھے کی طرف گرا کر پتلی کو منکشف کرنے کی کوشش کرتے ہیں۔ یہ اُن کی ایک ممیزا اور مخصوص ہیئت (attitude) ہوتی ہے۔



شکل ۸۶۔ براقہ (Epicanthus) اور دوجانبی استرخاء الجفن (Bilateral Ptosis)۔

بحث اسباب۔ استرخاء الجفن پیدائشی یا اکتسابی ہوسکتا ہے۔ جب یہ پیدائشی ہوتا ہے تو عموماً دوجانبی ہوتا ہے، بوجہ عضلۂ رافعہ (levator) کے ناقص نمو کے، اور اکثر اس کے ساتھ دوسرے پیدائشی نقائص بھی موجود ہوتے ہیں۔ اکتسابی استرخاء الجفن عموماً یک جانبی ہوتا ہے اور یہ تیسرے عصب کی اُس شاخ کے شلل کی وجہ سے ہوتا ہے جو عضلۂ رافعہ کو عصبی رسد پہنچاتی ہے۔ عموماً اُس کے ساتھ دوسرے عضلاتِ چشم بھی جنھیں عصبِ محرک العین (oculomotorius) سے رسد پہنچتی ہے، مشلول پائے جاتے ہیں۔ جب اِسطرح مؤتلف ہو تو

یہ اکثر دماغی امراض کا نتیجہ ہوتا ہے۔

میکانی استرخاء الجفن (Mechanical ptosis)، جفنی استرخاء کی وہ قسم ہے جس کے اسباب حسب ذیل ہیں:۔ (۱) پپوٹے کے وزن میں زیادتی (خنثر یا گلٹی، رسولیاں، وغیرہ)۔ (۲) سہارے کا نہ ہونا یا کم ہو جانا (ہزال کرۂ چشم atrophy of globe؛ اور اتفاق enucleation: یعنے کرۂ چشم کو نکال دینے کے بعد)۔ (۳) جلد اور عضلۂ رافعہ اور چشم خانہ (محجر) کے بالائی کنارے کے درمیان اتصالی بافت کے ارتباط کی کمی یا عدم موجودگی، جس کی وجہ سے سترخی (ڈھیلی) جلد چشم خانہ میں ایک دہراؤ (شکن) کی صورت میں گر کر جفنی حاشیہ پر سے نیچے لٹک پڑتی ہے۔

علاج۔ اکتسابی قسم کی معمولی شکل میں عصب سویم کے شلل کا سبب تلاش کرکے اس کا علاج کرنا چاہئے۔ آتشکی حالتیں زیادہ واقع ہوتی ہیں۔ برقی علاج بھی کیا جاتا ہے۔ اگر یہ علاج طویل آزمائش کے بعد بھی خلقی اور بعض میکانی اقسام میں اس تشوہ (deformity) کو دور کرنے میں ناکام ثابت ہو تو یہ اس امر کی دلالت ہے کہ عملیہ کی ضرورت ہے۔

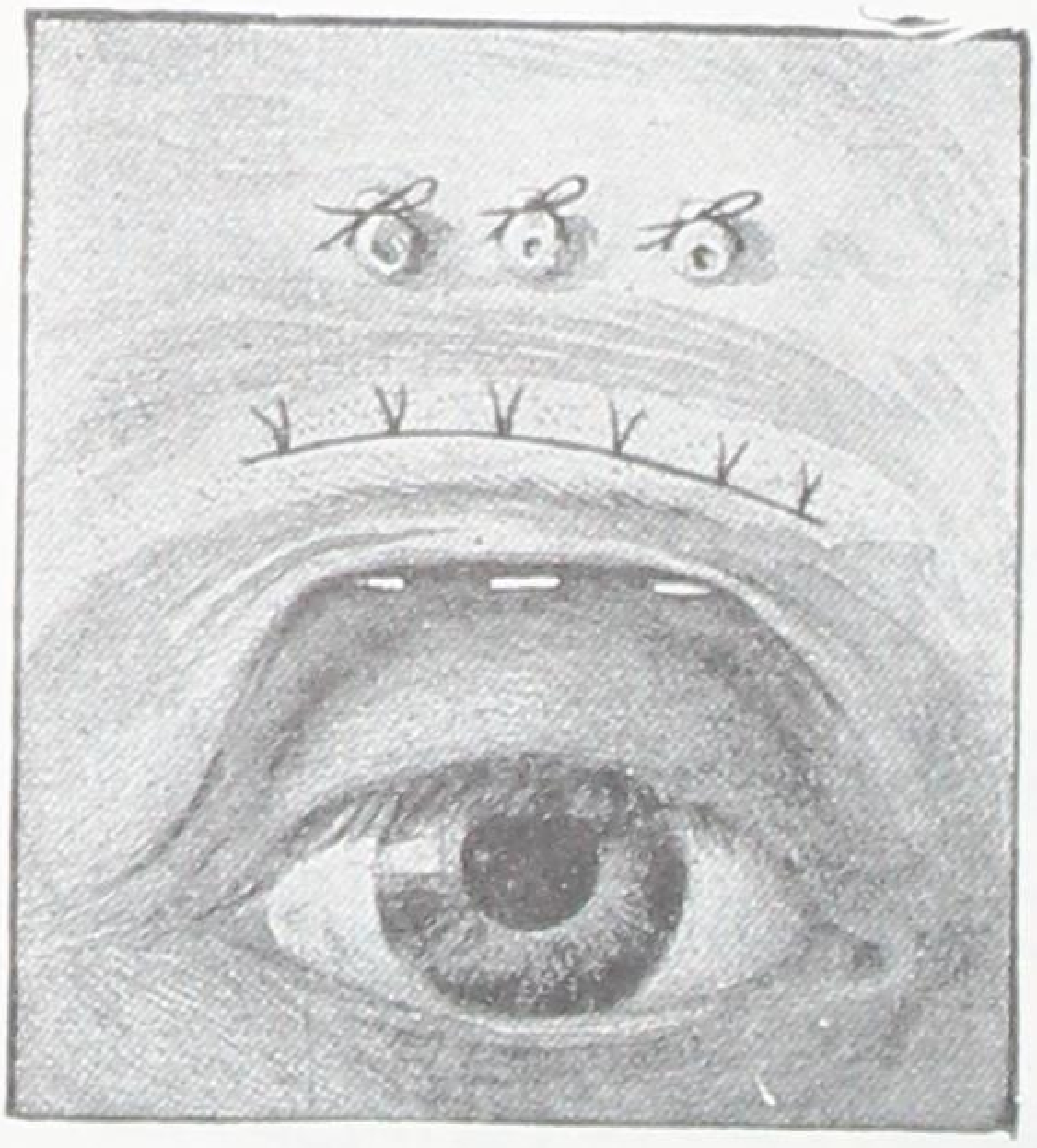
عملیات برائے استرخاء الجفن۔ استرخاء الجفن کے عملیات سے عموماً کسی قدر اصلاح تو ہو جاتی ہے، لیکن فی الحقیقت تشفی بخش نتیجہ شاذ و نادر ہی حاصل ہوتا ہے۔ یہ احتیاط ملحوظ رکھنا چاہئے کہ عملیہ سے پپوٹوں کے بند ہونے میں دقت نہ واقع ہو جائے۔

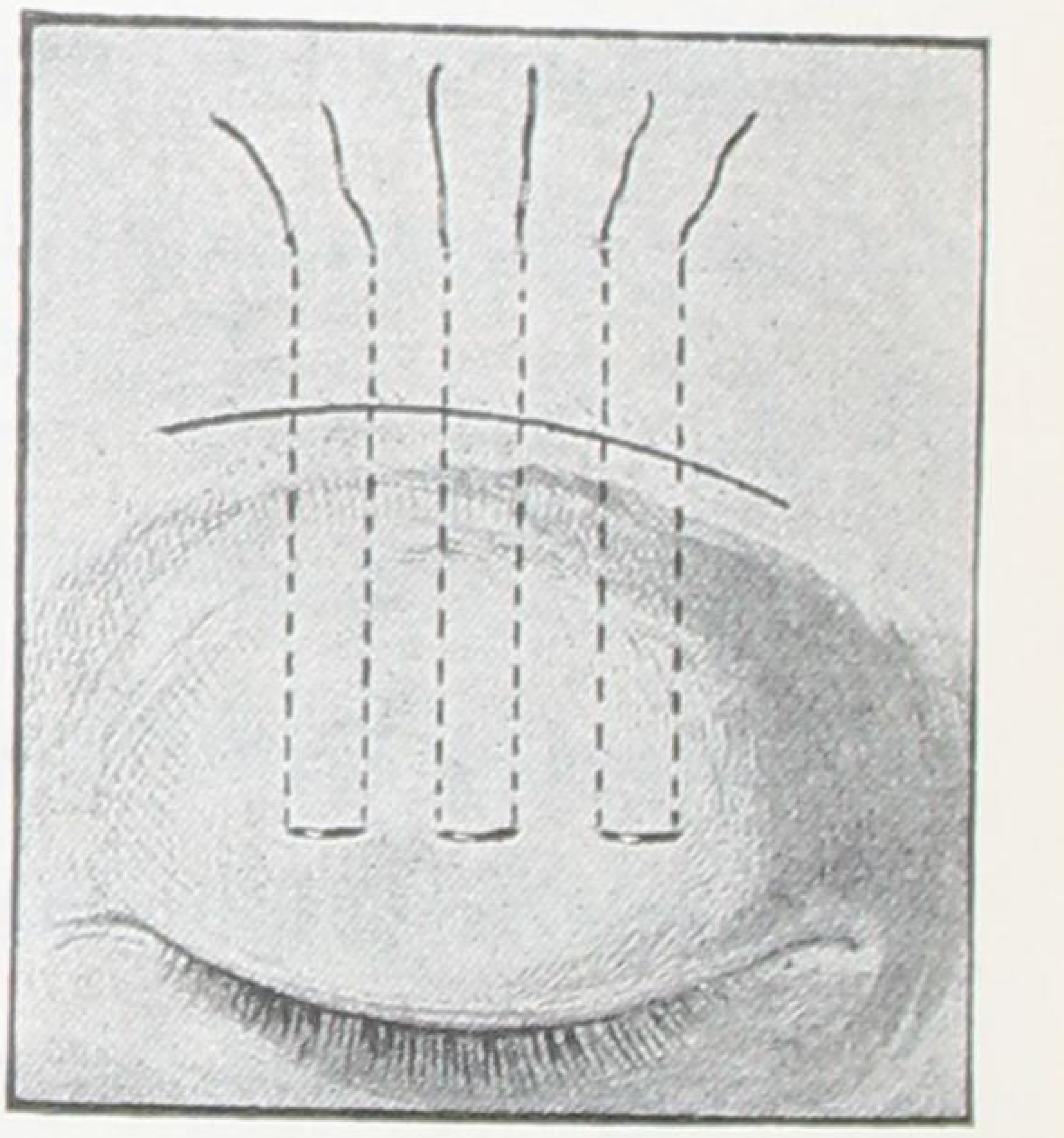
ان عملیات میں سے جنکا مقصد یہ ہوتا ہے کہ ناقص عضلۂ رافعۃ الجفن (levator palpebræ) کے عمل کی تلافی پپوٹے کو عضلۂ قذالیہ

73

جبہیہ (occipito-frontalis) سے پیوستہ کر کے کر دی جائے عموماً ہیس (Hess) کے عملیہ سے یا اُس کی ترمیمات میں سے کسی ایک سے کام لیا جاتا ہے۔

عملیۂ ہیس (Hess's Operation)۔ ابرو کی جلد میں ۳ سنٹی میٹر کا ایک شگاف لگانے سے جلد کو نیچے ہی نیچے کھولا کر کے پپوٹے کے حاشیہ تک پہنچنا ممکن ہو جاتا ہے۔ پھر تین دوہرے ٹانکے





شکل ۸۷ و ۸۸۔ عملیۂ ہیس برائے استرخاء الجفن
(Hess's Operation for Ptosis)

اس طرح داخل کر دئے جاتے ہیں کہ وہ جفنی کنارے سے تقریباً ۲ ملی میٹر فاصلہ پر پھندے (loops) بنائیں، اور ان ٹانکوں کو اوپر کی طرف ابرو کے نیچے سے گذار کر شگاف سے اوپر جا کر باہر نکالا جاتا ہے، جہاں وہ گاز کی چھوٹی بتّیوں (rolls of gauze) پر باندھ دئے جاتے ہیں (شکل ۸۷ اور ۸۸)۔ جلد کے زخم کو ٹانکوں سے سی کر بند کر دیا جاتا ہے۔

اِن دو میں ڈوروں کو دو ہفتوں تک رہنے دیا جاتا ہے۔ اِس عمل سے پپوٹے کی جلد اپنی جگہ سے اوپر ہٹ کر چپک جاتی ہے، اور اِس سے عضلۂ قذالیہ جبہیہ (occipito-frontalis) کو نسبتہً زیادہ میکانی مفاد (purchase) حاصل ہو جاتا ہے۔ لہٰذا اِس کے اثرات اُس حالت کی نسبت بہتر ہوتے ہیں جب کہ سادہ ٹانکے استعمال کئے جاتے ہیں۔

عملیۂ موٹیز (Motais' Operation) میں عضلۂ مستقیمہ فوقانیہ (superior rectus muscle) کے وسطی ثلث کو منکشف و آزاد کر کے اُسے غضروف الجفن کے بالائی کنارے اور اگلی سطح سے ٹانک دیا جاتا ہے، اور اِس طرح عضلۂ رافعہ کے فعل کی تائید یا تلافی کی جاتی ہے۔ یہ عملیہ صرف اُسی وقت انجام دیا جا سکتا ہے جبکہ کرۂ چشم اوپر کی طرف اچھی طرح حرکت کرتا ہو۔ عضلۂ مستقیمہ فوقانیہ کے کمزور ہو جانے کی وجہ سے عارضی دُو نظری (diplopia) اور انقلابِ کرۂ چشم کے وقوع کا کسی قدر خطرہ ہوتا ہے۔ 74

عضلۂ رافعہ کی تقدیم (Advancement of the Levator) کا عملیہ اُس وقت کیا جا سکتا ہے جبکہ اِس عضلہ کا فعل پورے طور پر مفقود نہ ہوا ہو، بالخصوص زیادہ عمر والے اشخاص میں جن کے پپوٹے بتدریج لٹکتے جاتے ہوں۔ جلد یا ملتحمہ میں سے شگاف دے کر اِس عضلہ کے وتر کو، مع اُس کے پھیلاؤں (expansions) کے جو غضروف الجفن کو جاتے ہیں، منکشف کر کے اُسے یا تو خود اُسی پر دُہرا دیا جاتا ہے یا اُس کے ایک حصہ کو کاٹ کر نکال دیا جاتا ہے (استیصالِ جزئی؛ resection)" اور پھر اُسے (وتر کو) غضروف الجفن سے

از سرِ نو پیوستہ کر دیا جاتا ہے۔ موزوں حالتوں میں یہ عملیہ نہایت تشفی بخش ثابت ہو سکتا ہے۔ اِس امر کی تعیین کے لئے کہ عضلۂ رافعہ کا کوئی فعل باقی ہے یا نہیں، اوپر کے پپوٹے کو بند کر کے محجر (چشم خانہ) کے بالائی حاشیہ پر سرجن اپنے انگوٹھے سے محکم دباؤ ڈالتا ہے۔ اِس طرح دبانے سے عضلہ جبہیہ (frontalis) کی مدد موقوف ہو جاتی ہے، اب اگر مریض پپوٹے کو اوپر اُٹھا سکے تو اِس کے یہ معنی ہیں کہ عضلۂ رافعہ میں کچھ طاقت موجود ہے۔

برماقہ

(EPICANTHUS)

یہ ایک پیدائشی عارضہ ہے، جو بعض اوقات استرخاء الجفن کے ساتھ موتلف ہوتا ہے، اور عموماً دوجانبی ہوتا ہے۔ اِس میں جِلد کا ایک عمودی دوہراؤ ناک کی جڑ سے لیکر ابرو کے اندرونی سرے تک پھیلکر اندرونی ماق (inner canthus) اور لُحیمہ (caruncle) کو ڈھانک دیتا ہے۔ مغلستانیوں (منگولوں) میں یہ ایک نسلی خاصہ ہوتا ہے۔ خفیف درجہ میں یہ اکثر اوقات چھوٹے بچوں میں بھی دیکھا جاتا ہے، اور اِس کے ساتھ ناک کا بانسا (bridge of the nose=عرنین) بھی چپٹا پایا جاتا ہے۔ چہرہ کے نمو کے ساتھ یہ حالت اکثر زائل ہو جاتی ہے۔ اگر یہ اسقدر نمایاں ہو کہ بدشکلی پیدا کر دے، تو اِس صورت میں اِسے اِس طرح رفع کیا جا سکتا ہے کہ ناک کی جڑ سے جِلد کا ایک اہلیلجی[1] ٹکڑا (جس کا لمبا محور

---

[1] اہلیلجی (elliptical)۔

انتصابی ہو) کاٹ کر نکالدیا جائے، اور زخم کے آزاد حاشیوں کو ملا کر سی دیا جائے۔

سلعاتِ اجفان (پپوٹوں کی رسولیاں)

(Tumours of the Eyelids)

سلیم یا غیر خبیث سلعات (Benign Tumours) میں حسب ذیل سلعات شامل ہیں: سلعاتِ زرد (xanthelasma)، سلعاتِ رخوہ (molluscum)، بروقہ (verruca) (ثولول :wart)، لیفی سلعہ (fibroma)، دُوَیرہ (cyst)، شامہ (nævus)، اور جاورسہ (milium)۔

سلعاتِ زرد (Xanthelasma)۔ یہ جلد کے نیچے چپٹے یا کسی قدر اُبھرے ہوئے زردی مائل بدرنگ داغ ہوتے ہیں، جو اکثر اوقات بوڑھی عورتوں میں اندرونی ماق (inner canthus) کے قریب پائے جاتے ہیں۔ یہ عضلی ریشوں کے انحطاط (degeneration) کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں۔

سلعۂ رخوہ (Molluscum)۔ یہ ایک چھوٹی سفید گول رسولی ہے جو ایک چھوٹے مٹر کے دانہ کے برابر ہوتی ہے، اور اس کے راس پر ایک گڑھا ہوتا ہے۔ عموماً ایسی کئی رسولیاں بیک وقت ہوتی ہیں۔ بعض ماہرین نے ان کو متعدی خیال کیا ہے۔ یہ غددِ دُہنیہ (sebaceous glands) کی مرضی حالت ظاہر کرتے ہیں۔

جاورسہ (Milium)۔ یہ ایک چھوٹا زردی مائل سپید اُبھار

ہوتا ہے، جس کی جسامت تقریباً ایک الپین کے سر کے برابر ہوتی ہے، اور جو غدۂ دہنیہ میں احتباس (retention) واقع ہوجانے کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے۔

چھوٹے ڈوبیرے (cysts)۔ جن کے مافیہہ شفاف ہوتے ہیں، اور جو پسینہ کے غدد کے مخرج میں رکاوٹ ہونے کی وجہ سے پیدا ہوجاتے ہیں، اکثر پپوٹے کے کنارے پر دیکھے جاتے ہیں۔ کبھی کبھی اِن سے خراش اور بدشکلی پیدا ہوجاتی ہے، اور انھیں گریفے کے چاقو (Græfe knife) کی نوک سے چھید دینا چاہیئے۔

دوسرے سلعات اپنی جماعت کے مماثل سلعات سے مشابہ ہوتے ہیں جو جسم کے دوسرے حصوں میں پیدا ہوجاتے ہیں۔ پپوٹوں کے سلیم سلعات کو نکال دینا چاہیئے، بشرطیکہ عملیہ سے جِلد کا بہت زیادہ بڑا حصہ نہ ضائع ہوتا ہو۔

سلعاتِ خبیثہ (Malignant Tumours)۔ لحمی سلعہ (Sarcoma) نادرالوقوع ہے۔ سرطانی سلعہ (Carcinoma) کا حملہ جب پپوٹہ پر ہوتا ہے، تو وہ عموماً سرحلمی سلعہ (epithelioma) کی وہ شکل اختیار کرلیتا ہے۔ جسے قرحۂ قارضہ (rodent ulcer) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ یہ بوڑھوں میں ہوتا ہے، بالخصوص نیچے کے پپوٹے کے اندرونی سرے پر۔ یہ ایک چھوٹی پھنسی (pimple) یا ثؤلول (wart) کی طرح شروع ہوتا ہے، جس پر ایک پپڑی جمی ہوئی ہوتی ہے۔ پھر یہ جلد ہی ایک قرحہ (ulcer) میں تبدیل ہوجاتا ہے جس کی دیواریں متصلّب (indurated) ہوتی ہیں، اور اگر اس کو

پھیلنے سے روکا نہ جائے تو یہ قرحہ متصلہ حصوں میں پھیل جاتا ہے۔ مگر اس کی بالیدگی سُست ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ اِس کے بڑی جسامت کو پہنچنے میں برسوں گذر جائیں۔

قرحۂ قارضہ (Rodent Ulcer) کا علاج۔ ریڈیئم کے تکشّف میں رکھنا ابتدائی درجوں میں کارگر ہوتا ہے، اور یہ ہر حالت میں داعیۂ علاج ہے۔ متضخّم قسم (hypertrophic type) کے لئے یہ علاج سب سے زیادہ موافق اور امید افزا ہوتا ہے۔ اُن حالتوں میں جن میں عمیق تقرح یا سرایت موجود ہو، یا جن میں پہلے لاشعاعی علاج یا ریڈیئم کا علاج کیا گیا ہو نتائج خراب ہوتے ہیں۔ جب ریڈیئم کے علاج سے کامیابی نہ ہو تو عملِ قطع (excision) یعنے کاٹ کر نکال دینا ضروری ہے، اور اِس صورت میں پپوٹے کے نقص کو عملیۂ ترقیع الجفن (blepharoplasty) کے ذریعہ ڈھانک دیا جاتا ہے۔ جب ریڈیئم کا علاج ابتدائی درجوں میں میسر نہ ہو تو کاربن ڈائی آکسائڈ سنو (carbon dioxide snow) استعمال کیا جا سکتا ہے۔ اِسے ابتداءً ہر دوسرے دن چالیس تا ساٹھ سکنڈ (ثانیہ) لگانا چاہیئے، اور پھر ہفتہ میں ایک بار۔

تضرّراتِ اجفان (پپوٹوں کی چوٹیں)

یہ بہت عام ہیں، اور اِن میں کوفتگی (contusion) زخم، حرقات (burns)، اور گزیدگیٔ حشرات (insect bites) شامل ہیں۔ اِن میں کدَم (ecchymosis) اور تہبّج (œdema) اکثر نمایاں علامات ہوتے ہیں، کیونکہ یہاں تحت الجلدی اتصالی بافت ڈھیلی ہوتی ہے۔

76

کدم (Ecchymosis)('black eye' : آنکھ کا نیل) عموماً کوئی اہمیت نہیں رکھتا، اور اس سے محض بدشکلی پیدا ہوجاتی ہے جو ایک یا دو ہفتے تک رہتی ہے۔ اگر فوراً دیکھنے کا اتفاق ہو تو رفادۂ بارد (cold compress) کار آمد ہو سکتا ہے۔ ایک یا دو دن کے بعد رفادۂ حار (hot compress) اور ہلکی مالش داعیۂ علاج ہیں، تاکہ خارج الوعاؔ (عروق سے باہر نکلے ہوئے) خون کے انجذاب میں ترقی ہو۔ گاہے گاہے ناتوان شخصوں میں، خاصکر اُس وقت جبکہ کدم خراشیدگی (abrasion) کے ساتھ متولف ہو، ممکن ہے پپوٹے میں پھوڑا (abscess) ہوجائے اور اُس کے لئے پپوٹے میں ایک عرضی شگاف دینے کی ضرورت لاحق ہو۔ کھوپری کے قاعدہ کے کسر (fracture) میں ممکن ہے کہ خون چشم خانہ کے فرش پر سے گذرتا ہوا آگے بڑھے، اور ایک یا دو دن کے بعد نیچے کے پپوٹے اور بصلی ملتحمہ (bulbar conjunctiva) میں ظاہر ہو۔

گزیدگیٔ حشرات (کیڑوں مکوڑوں کا کاٹنا) (Insect Bites) - اِس سے بہت ورم پیدا ہوجاتا ہے، جس کی بہترین روک تھام رفادۂ بارد (cold compress) کے ذریعہ کی جاسکتی ہے۔

شگافتہ زخم (Incised wounds) اگر انتصابی ہوں تو عضلۂ محیطیہ (orbicularis) کے کٹ جانے کی وجہ سے بہت کشادہ دہن (gaping) ہوتے ہیں، اور اس صورت میں اس کا بھی امکان ہے کہ ندبہ (scar) یعنے زخم کا داغ زیادہ نمایاں ہو۔ اگر یہ زخم اُفقی ہوں تو زخم کے لب علٰحدہ (منفصل) ہونے کا رجحان نہیں رکھتے، اور عموماً بلاکسی

لہ۔ خارج الوعا خون۔ وعا بدر خون (extravasated blood)۔

بد شکلی کے مندمل ہو جاتے ہیں ۔ شگافتہ زخموں کو صاف کرکے اُن میں فوراً مہین ریشم اور باریک سوئیوں کے ذریعہ ٹانکے لگا دینا چاہیے ۔ پپوٹے کے حاشیہ کے انتصابی زخم کو احتیاط کے ساتھ سینا چاہیے تاکہ کوئی دندانہ باقی نہ رہے ۔

دریدہ اور کوفتہ زخم (Lacerated and contused wounds) اگر وسیع ہوں اور اُن کے ساتھ بہت زیادہ ورم ہو تو انھیں فوراً بند نہیں کرنا چاہیے ۔ پہلے زخم کو اچھی طرح صاف کرنا چاہیے[1] اور ورم کو کم کرنے کے لئے رفادۂ بارد (cold compress) لگانا چاہیے ازاں بعد زخم کی کوروں کو ملا سکتے ہیں ۔ متضرر حصوں کی پیوستگی خواہ کتنی ہی باریک اور خفیف ہو، انھیں (کاٹ کر) خارج نہیں کرنا چاہیے ۔ اس امر کی احتیاط رکھنی چاہیئے کہ کہیں ٹانکے اتنے زیادہ تنگ نہ ہوں کہ اُن سے بدشکلی یا تقصر (deformity or shortening) پیدا ہو جائے ۔ جلدی پیوند (skin-grafts) استعمال کرنا قرین مصلحت ہو سکتا ہے ۔

حرقات (Burns) کی آبیاری بورک ایسڈ کے محلول سے کرنی چاہیئے، اور پھر انھیں خشک کرکے اُن پر کوئی ملطّف روغن (bland oil) یا مرہم لگا کر ڈھانک دینا چاہیئے اگر نقص زیادہ وسیع ہو تو تاررگ[2] واقع ہونے پر (یعنے جب زخم میں انگور آجائے) جلدی پیوند لگا دیئے جائیں ۔

نفاخ (Emphysema) جو پپوٹوں کی چوٹ کے ساتھ موتلف ہو

---

[1] آبیاری، نطول (irrigation)۔ [2] تاررگ (granulation)۔

چشم خانہ کی دیواروں کے تفرقِ اتصال[1] کی دلالت ہے، اور اِس انقطاعِ تسلسل[2] کی وجہ سے قربِ جوار کے ہوائی کہفوں (air cavities) کے ساتھ ربط (راستہ) قائم ہوجاتا ہے۔ پپوٹے نہایت بڑی جسامت کا ورم رخوہ (نرم سوجن) ظاہر کرتے ہیں، جس کی وجہ سے اکثر روزنِ جفنی (palpebral aperture) بند ہوجاتا ہے۔ ہوا کے بلبلے، جو دورانِ جس (palpation) میں اپنی جگہ سے ہٹ جاتے ہیں، تکتکہ (crepitation) کا احساس پیدا کردیتے ہیں۔ ایک محکم بندش سے یہ ہوا جلد غائب ہوجائیگی۔ مریض کو ہدایت کردینی چاہئے کہ ایسی تمام کوششوں سے جن میں زور لگانا پڑتا ہو[3] (مثلاً ناک چھنکنے وغیرہ) سے پرہیز کرے، کیونکہ اِن سے نفاخ زیادہ ہوجائے گا۔

---

[1] تفرقِ اتصال (solution of contiguity)

[2] انقطاعِ تسلسل (solution of continuity)

[3] straining efforts = تز ّحری مساعی، مثلاً کونتھنا، کانکھنا یا کیلنا۔

77

باب ششم

آلۂ دمعی کے امراض

(DISEASES OF THE LACRYMAL APPARATUS)

تشریح و فعلیات ۔ آلۂ دمعی ۲ حصوں پر مشتمل ہے: ایک افرازی حصہ یعنے غدّۂ دمعیہ (lacrymal gland)، اور دوسرا اخراجی حصہ، جو آنسوؤں کو جمع کرکے انھیں ناک کے منفذِ زیریں میں پہنچاتا ہے۔

غدّۂ دمعیہ (lacrymal gland) ایک چھوٹا مستطیل جسم ہے، جو چشم خانہ کے بالائی اور بیرونی حصہ میں جاگزیں ہے۔ یہ غدّہ دو حصوں میں منقسم ہے۔ بالائی حصّہ، جو نسبتہً بڑا ہوتا ہے، تقریباً ایک چھوٹے بادام کی جسامت رکھتا ہے، اور عظم الجبہہ (frontal bone) کے صحفۂ محجری (orbital plate) کے ایک نشیب، حفرۂ دمعیہ (lacrymal fossa) میں قیام رکھتا ہے اور اتصالی بافت کے ذریعہ اُس کے ساتھ پیوستہ ہوتا ہے۔ زیریں حصّہ، جو نسبتہً چھوٹا ہوتا ہے، مستزاد غدّۂ دمعیہ (accessory lacrymal gland) کے نام سے موسوم ہے اور وہ قبوہ (fornix) کے ملتحمہ کے بیرونی حصّے کے عین نیچے واقع ہے۔ غدّۂ دمعیہ اپنی ساخت میں غددِ ریقیہ (salivary glands) سے مشابہ ہے، اور ایسے

عنیبات (acini) پر مشتمل ہے جن میں مکعب نما[1] خلیات موجود ہوتے ہیں۔ اِس غدہ کے دونوں حصّوں کی اخراجی قناتیں، یعنے قنواتِ دمعیہ (lacrymal ducts)، جو تعداد میں چھ سے لیکر بارہ تک ہوتی ہیں، نیچے کی طرف چلی جاتی ہیں اور جدا جدا دہنوں (orifices) کے ذریعہ فوقانی قبوۂ ملتحمہ (superior fornix conjunctivæ) کے بیرونی نصف حصہ میں خالی ہوتی ہیں۔



شکل ۸۹ ۔ آلۂ دمعی کے اخراجی حصّہ کا ارتسامی خاکہ۔

آلۂ دمعی کا اخراجی حصّہ (شکل ۸۹)، نقاطِ دمعیہ (puncta lacrymalia)، قنالچوں (canaliculi)، تاچۂ دمعی (lacrymal sac) اور قناتِ دمعیہ (lacrymal duct) پر مشتمل ہوتا ہے۔ نقاطِ دمعیہ دو باریک فتحات ہیں۔ اندرونی ماق سے تقریباً ۶ ملی میٹر فاصلہ پر ہر پپوٹے پر ایک اُبھار پر ایک فتحہ (opening) ہوتا ہے۔ یہ دونوں فتحے قنالچوں (canaliculi) کے دہنے (orfices) ہیں۔ قنالچے تھوڑے فاصلے تک انتصابی رُخ میں جاتے ہیں، پھر زاویہ قائمہ بناتے ہوئے اُفقاً اندر کی طرف جاتے ہوئے ایک خمیدہ ممر اختیار کرتے ہیں، اور بالآخر علٰحدہ علٰحدہ یا ملکر تاچۂ دمعی میں خالی ہوتے ہیں۔

تاچۂ دمعی (lacrymal sac) اندرونی ماق کے اندر کی جانب واقع ہے۔ وہ دمعی انفی قنات (lacrymo-nasal duct) کا بالائی پھیلا ہوا حصّہ ہے، اور عظمِ دمعی (lacrymal bone) اور فکِ اعلیٰ کے زائدۂ انفیہ (nasal process)

[1] مکعب نما (cuboidal)۔

78

سے بنے ہوئے ایک نشیب میں جاگزیں ہے۔ اُس کا انتصابی قطر ۱۲ ملی میٹر اور اُفقی اور عرضی قطر ۵ ملی میٹر ہوتا ہے۔ اُس کی دیواریں پتلی ہیں اور وہ سامنے کی جانب داخلی غضروف الجفنی رباطات (internal tarsal ligaments) سے اور عضلۂ محیطیہ (orbicularis) کے کچھ ریشوں سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔

قنات انفی (nasal duct) فکِ اعلیٰ (superior maxilla) عظم دمعی (lacrymal bone) اور تحتانی عظم مفتول (inferior turbinated bone) سے بنی ہوئی ایک قنال میں نیچے اور کسیقدر باہر اور پیچھے کو جاتی ہے، اور نیچے ناک کے منفذ زیریں کے اگلے حصے میں ختم ہو جاتی ہے۔ اُس کا طول اٹھارہ سے چوبیس ملی میٹر تک، اور قطر ۴ تا ۶ ملی میٹر ہوتا ہے۔ اُس مقام پر جہاں وہ تاچہ میں شامل ہوتی ہے، اور پھر اُس کی زیریں انتہا پر، وہ کسی قدر تنگ (سکڑی ہوئی) ہوتی ہے۔ تاچہ اور قنات دونوں لیفی بافت اور لچکدار بافت سے بنے ہوئے ہوتے ہیں اور غشاء مخاطی کی استرکاری اُستوانی سرحلمہ (columnar epithelium) سے ہوتی ہے جو ممکن ہے کہ ہدبی (ciliated) ہو۔ قنات کا زیریں حصہ وریدوں کے گھنے ضفیرہ (plexus) سے گھرا ہوا ہوتا ہے۔

دمعی افراز (lacrymal secretion) ایک ہلکا قلوی سیّال ہے جس میں سوڈیم کلورائیڈ (sodium chloride) کی مقدار مقابلۃً زیادہ ہوتی ہے۔ معمولی طور پر غدۂ دمعیہ صرف اُسی قدر افراز کرتے ہیں جس قدر کہ کُرۂ چشم کو تر رکھنے کے لئے کافی ہو، اور یہ افراز بذریعہ تبخیر (evaporation) غائب ہو جاتا ہے۔ نفسی ہیجان (psychical stimulation) یا آنکھ یا ناک کی خراش کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ افراز میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ ملتحمہ سے تاچۂ دمعی تک آنسوؤں کو لیجانے کا کام آنکھ جھپکانے کے فعل سے سرانجام پاتا ہے، اور شحمی مادے سے پپوٹوں کے

حاشیوں کی تدہین معمولی حالات میں آنسوؤں کے ڈھلکنے کو روکتی ہے۔

دُماع (ڈھلکا)

(EPIPHORA)

دُماع (ڈھلکا)(Epiphora) ('watery eye: چشم پُر آب'
یعنے آنسوؤں کا رخساروں پر چھلک آنا، آنسوؤں کو منتقل کرنے والے آلہ کے تمام عوارض میں ایک نہایت نمایاں علامت ہے۔ نیز اس کا انحصار افراز کی زیادتی پر (اجسام غریبہ، التہابات، تیز روشنی اور دھوئیں میں آنکھ کے تکشّف، ناک کے امراض، اور ایسی خراش پر جو ٹرائی جے مینس یعنے ثلاثی توأمی عصب کی اختتامی شاخوں پر اثر انداز ہو) ہوسکتا ہے۔ کبھی یہ دونوں شکلیں مشترک ہوسکتی ہیں یعنے ایک ساتھ موجود ہوسکتی ہیں۔ دُماع (ڈھلکا) سن رسیدہ اشخاص میں نہایت عام ہوتا ہے، بالخصوص کھلی ہوا میں یا سرد موسم میں، اور اکثر ملتحمہ (conjunctiva) یا آنسوؤں کے راستوں میں کوئی ظاہر ضرر کے بغیر۔

نقاط دمعیہ اور قناطچوں کی خلاف قاعدگیاں

(ANOMALIES OF PUNCTA AND CANALICULI)

طبعی طور پر زیریں نقطۂ دمعیہ پیچھے اور اوپر کو کُرۂ چشم کی جانب رُخ رکھتا ہے۔ زیریں نقطۂ دمعیہ کی بروں گردیدگی (eversion of the punctum) کی حالت میں وہ سامنے کی طرف پھر کر اُس نشیب سے، جس میں آنسو جمع ہوتے ہیں، ہٹے ہوئے رُخ میں

ہوجاتا ہے، اور اس انحرافِ رُخ کا نتیجہ دُماع یعنے ڈھلکا (epiphora) ہوتا ہے ۔ یہ عارضہ بڑھاپے میں پپوٹوں کی مرتخی حالت (ڈھیلے پن) کی وجہ سے ہوسکتا ہے ۔ التہابِ ملتحمہ (conjunctivitis)، جفنی التہاب (blepharitis)، اور شترۂ خارجی (ectropion) بھی اِس کا سبب ہوسکتے ہیں ۔

نقاطِ دمعیہ اور قنالچوں کا انقباض ورتسدّد (obliteration) ۔ یہ خِلقی ہوسکتا ہے، یا اِس خِطّہ کے زخموں اور مزمن التہابات کے نتیجہ کے طور پر اکتسابی ۔ اجسامِ غریبہ[1] (پلکیں یا اِنجمادات[2]) قنالچوں (canaliculi) کو مسدود کرسکتے ہیں ۔

79

قنالچوں کی سرایت نخیف شعریہ (leptothrix) یا سُبجی شعریہ (streptothrix) کی وجہ سے ہوسکتی ہے، جس کی ممتاز خصوصیات یہ ہیں کہ قنالچہ متسع (پھیلا ہوا) ہوجاتا ہے، ساتھ ہی نقطۂ دمعیہ سے مواد رِستا رہتا ہے، اور عموماً آنسوؤں کے گذرنے میں کوئی رکاوٹ نہیں ہوتی ۔ قنالچہ کو (شگاف دیکر) کھولدیا جائے تو ایک بڑا کہفہ پایا جاتا ہے جس میں جیبیں (pockets) ہوتی ہیں اور مخاط نما افراز میں نخیف شعریہ (لیپٹو تھرکس) یا سُبجی شعریہ (اِسٹرپٹو تھرکس) کے چھوٹے چھوٹے کسی قدر گول تودے موجود ہوتے ہیں ۔

آلۂ دمعی (lacrymal apparatus) کے امراض ۔ یہ غدۂ دمعیہ[1]

---

[1] اجسامِ غریبہ (foreign bodies) ۔

[2] انجمادات (concretions) ۔

کے امراض اور حصہ ۲ نافل کے امراض میں تقسیم کئے جاسکتے ہیں۔ اول الذکر (حاد اور مزمن التہابِ غددِ دمعیہ acute and chronic dacryoadenitis:) نہایت شاذ ہیں۔ آخر الذکر (حاد اور مزمن التہابِ تاچۂ دمعی acute and chronic dacryocystitis:) نہایت عام ہیں۔

تاچۂ دمعی کا مزمن التہاب

(CHRONIC DACRYOCYSTITIS)

یہ تاچۂ دمعی کا مزمن التہاب ہے جو اکثر قناتِ انفی میں کوئی تسدد (obstruction) ہوجانے کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے۔ اس کو جریانِ مخاط (blennorrhœa) یعنے نازلتِ تاچۂ دمعی، اور قیلۂ مخاطیہ (mucocele) کے ناموں سے بھی موسوم کرتے ہیں۔

علامات۔ اس کی مسلسل علامت ڈھلکا (epiphora) یعنے آنسوؤں کا بہنا ہے، جو سردی، ہوا، گرد وغبار، دھوئیں وغیرہ میں تکشف ہونے سے اور زیادہ ہوجاتا ہے۔ تاچۂ دمعی کے خطہ میں پُری (fulness) پائی جاتی ہے۔ اس پھولے ہوئے تاچہ پر دبایا جائے تو سپیدی مائل، زردی مائل، یا سبزی مائل رنگ کا (اس رنگ کا انحصار پیپ کی اس مقدار پر ہوتا ہے جو موجود ہو) ایک لزج سیال نقطۂ دمعیہ (punctum) سے خارج ہوتا ہے لیکن بعض اوقات تاچہ اُلٹے رُخ میں خالی ہوتا ہے اُس کے اندر کا جمع شدہ مواد دب کر ناک کے اندر خارج ہوجاتا ہے۔

اس عارضہ کا مَمَر مزمن ہوتا ہے اور اس کا سلسلہ سالہاسال تک

جاری رہتا ہے۔ ممکن ہے کہ مریض کے طالبِ علاج ہونے سے پہلے ایک طویل زمانہ گذر چکا ہو۔ جب تاچہ طویل مدت تک مخاطی ریمی مواد سے بھرا ہوا رہتا ہے تو ازاں بعد اُس کی غشائے مخاطی مذبول ہو جاتی ہے اور اُس کی دیواریں پھیل جاتی ہیں (شکل ۶۳، صفحہ ۷)۔ اکثر اوقات ایک مزمن قسم کا التہابِ ملتحمہ، جو بالخصوص اندرونی ماق (inner canthus) کو ماؤف کرتا ہے (دمعی التہابِ ملتحمہ: lacrymal conjunctivitis)، اور جفنی التہاب (blepharitis) موجود رہتے ہیں۔ اور بعض اوقات ایکزیما بھی واقع ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ شترۂ خارجی (ectropion) بھی کم و بیش پایا جائے۔ ملتحمہ سے دقیق عضویوں (خاصکر اسٹرپٹو کاکائی یعنے نبقات سُبحیہ، اور نیومو کاکائی یعنے ریوی نبقات، اشکال ۱۱۳ اور ۱۱۰ صفحہ ۹) کے تلوّث (contamination) کی وجہ سے ممکن ہے کہ تاچہ کے استر[1] (بطانہ) کا ریمی التہاب[2] پیدا ہو جائے۔

جب قرنیہ میں کوئی خراشیدگی (abrasion) یا قرحہ (ulcer) موجود ہو تو اِس زخم یا قرحہ کے بہ سرعت سرایت زدہ ہو جانے سے تاچۂ دمعی کے اندر کے اجتماع کی ساری (infectious) نوعیت ظاہر ہو جاتی ہے آنکھ کے جراحی عملیات میں ایسی حالت سرایت کا نہایت کثیر الوقوع سبب ہوتی ہے، اور اِن عملیات کو انجام دینے سے پہلے لازم ہے کہ اِس کا اِستیصالی (radical) علاج کر دیا جائے۔

80

---

[1] استر۔بطانہ (lining)۔

[2] ریمی التہاب (purulent inflammation)۔

بحثِ اسباب - قناتِ انفی (nasal duct) کا تضییق (stricture) بہت سے مریضوں میں ہوتا ہے - یہ اکثر ابتداءً انفی غشائے مخاطی کے کسی عارضہ کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے - چونکہ قناتِ انفی کے نیچے کے سرے پر اوردہ کا ایک ضفیرہ (plexus of veins) موجود ہوتا ہے جو اُسے گھیرے ہوئے ہوتا ہے، لہٰذا اِس قنات میں تسدد (obstruction) واقع ہونے کی ماسبق استعداد (predisposition)



شکل ۹۰ - ویبر کا مسباری نیشتک

(Weber's probe-pointed canaliculus knife)



شکل ۹۰ الف - نیٹل شپ کا موسّع (Nettleship's Dilator)

موجود ہوتی ہے - التہابِ انف (rhinitis) کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قنات کی غشائے مخاطی میں ورم یا ندبی انقباض (cicatricial contraction) پیدا ہو جاتا ہے - زیادہ شاذ صورتوں میں سلعات (سعدانوں: polyps)، اور تفخمات: hypertrophies) کا دباؤ، تقرحات (ulcerations) بوسیدگی (caries)، اور التہابِ گردِ عظم (periostitis) اِس کا سبب ہوتے ہیں -

نوزائیدہ اور شیر خوار بچوں میں یہ عارضہ چنداں شاذ نہیں، اور اِس وجہ سے ہوتا ہے کہ ان میں قناتِ انفی کی قنالیت (canalization)

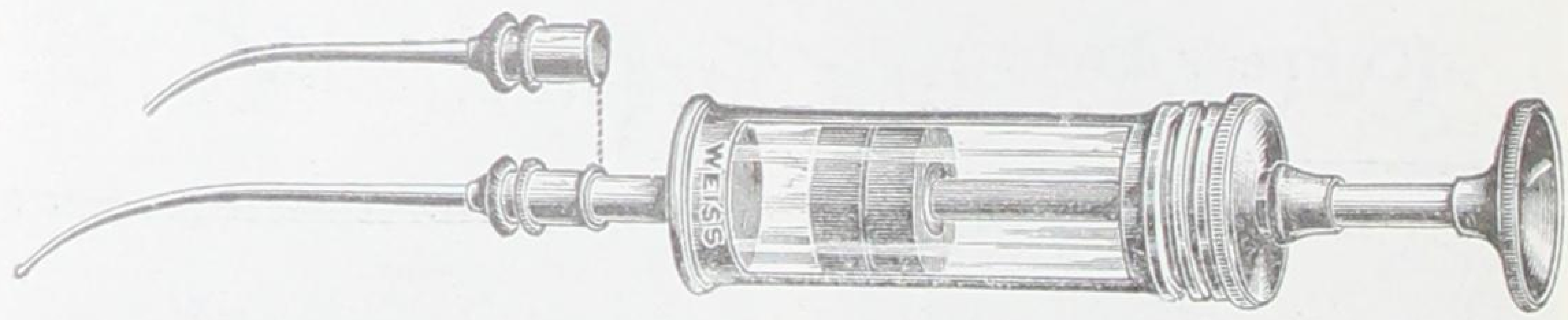
نامکمل رہجاتی ہے۔ عموماً یہ سادہ ترین تدابیر سے شفایاب ہوجاتا ہے، لیکن ممکن ہے دو تین ماہ بعد بے حس کرکے پچکاری سے دھونے (syringing) کی ضرورت پیش آئے، یا نہایت شاذ صورتوں میں کبھی سلائی (probe = ہمبار، مجاج) گذارنا پڑے۔

علاج۔ تازہ اور خفیف حالتوں میں اگر ہم تسدد پیدا کرنے والے انفی مرض کا تدارک کردیں تو ممکن ہے کہ دُماع (ڈھلکا) میں بھی تخفیف ہوجائے۔ مقامی طور پر گُرۂ چشم کے اندرونی حصہ پر مُہیّج اور حابس ادویہ (stimulating and astringent remedies) لگائی جائیں، [مثلاً زنک سلفیٹ (zinc sulphate)، اور ییلو آکسائیڈ آف مرکیوری (yellow oxide of mercury) کا مرہم]، اور اس کے بعد تاچہ پر ہلکی مالش کی جائے تاکہ کسیقدر دوا کے داخل ہونے میں مدد پہنچے۔ مریض کو ہدایت کی جائے کہ تاچہ کو دن میں کئی بار دبا کر خالی کرتا رہے۔ ایک نازک ٹونٹی[1] والی چھوٹی پچکاری (شکل ۹۱) کے ذریعہ تاچہ کو نمک (salt)، یا بورک ایسڈ (boric acid)، یا زنک سلفیٹ (zinc sulphate) کے گرم اور ہلکے محلول سے دھوڈالنا چاہیئے۔ اس سے پہلے کہ پچکاری کی ٹونٹی داخل ہوسکے، اکثر اوقات ایک باریک مخروطی مجسّہ (sound) (شکل ۹۰ الف) کے ذریعہ زیریں نقطۂ دمعیہ کا اتساع (dilatation) کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ اگر قناتِ انفی قابل گذر (pervious) ہے تو محلولات ناک میں داخل ہوجائیں گے اور جب مریض اپنا سر سامنے کو جھکائیگا نتھنوں سے

81

[1] ٹونٹی (nozzle)۔

باہر نکل آئیں گے ۔ ایسی حالت میں اگر پچکاری سے دھونا جاری رکھا جائے تو یہ شکایت رفع ہوجائے گی ۔ اور اگر محلول ابتداءً قنات انفی میں سے ہوکر نہ بہایا جاسکے تو بھی اِس علاج کو کافی طویل مدت تک جاری رکھنے سے عموماً کامیابی ہوجاتی ہے ۔ تاچہ کو روزانہ دھوتے رہنے سے بتدریج اُس کی حالت زیادہ تندرست ہوتی جاتی ہے، اور قناتِ انفی کی غشاء مخاطی کے اِمتلاء (congestion) میں تخفیف ہوجانے کی وجہ سے وہ قنات پھر قابل گذر ہوجاتی ہے ۔ اگر ۱ : ۱۰۰۰ ایڈرینالین والے

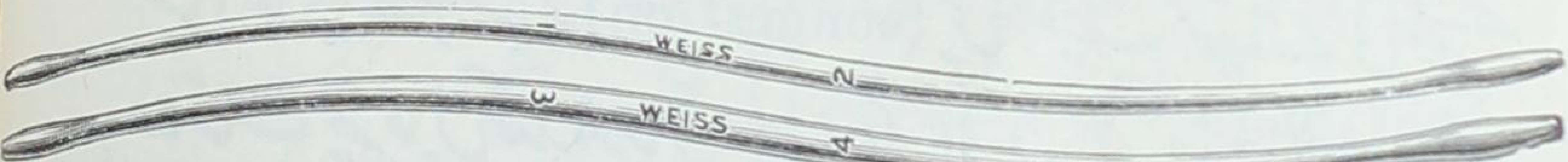


شکل ۹۱ ۔ دمعی پچکاری (Lacrymal Syringe) ۔

۲ فیصد طاقت کے نووکین (2 per cent. novocain in 1: 10,000 adrenalin) کے ایک دو قطرے پچکاری سے تاچہ کے اندر داخل کردئے جائیں تو اِس سے پچکاری سے دھونے سے پہلے اِمتلاء کو کم کرنے میں بڑی مدد ملتی ہے ۔

جب حفاظتی علاج (conservative treatment) سے کامیابی حاصل نہو تو اِستنبار (probing) یعنے سلائی ڈالنے کی کوشش کی جاسکتی ہے لیکن اب یہ عمل پہلے کے مقابلہ میں کم کیا جاتا ہے ۔ یہ دردناک ہوتا ہے اِس میں طوالت طلب تکرار کی ضرورت ہوتی ہے، اور عموماً محض عارضی

فائدہ ہوتا ہے - انتہائی احتیاط کے باوجود نازک مخاطی استر متضرر ہو جاتا ہے اور ازاں بعد ندبی تضییق (cicatricial stricture) پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے - لیکن جب کسی مریض میں پہلے سلائی ڈالی جا چکی ہے تو اغلب ہے کہ اُس میں اِستمبار کو جاری رکھنے کی ضرورت ہوگی - اگرچہ قنال کا اِتساع (dilatation) کرنے کے بعد سب سے چھوٹے مسباروں



شکل ۹۲ - کاؤپر کے مسبار (سلائیاں) (Cowper's Probes) -



شکل ۹۳ - ٹیل کا ایک مسبار (One of Teale's Probes) -

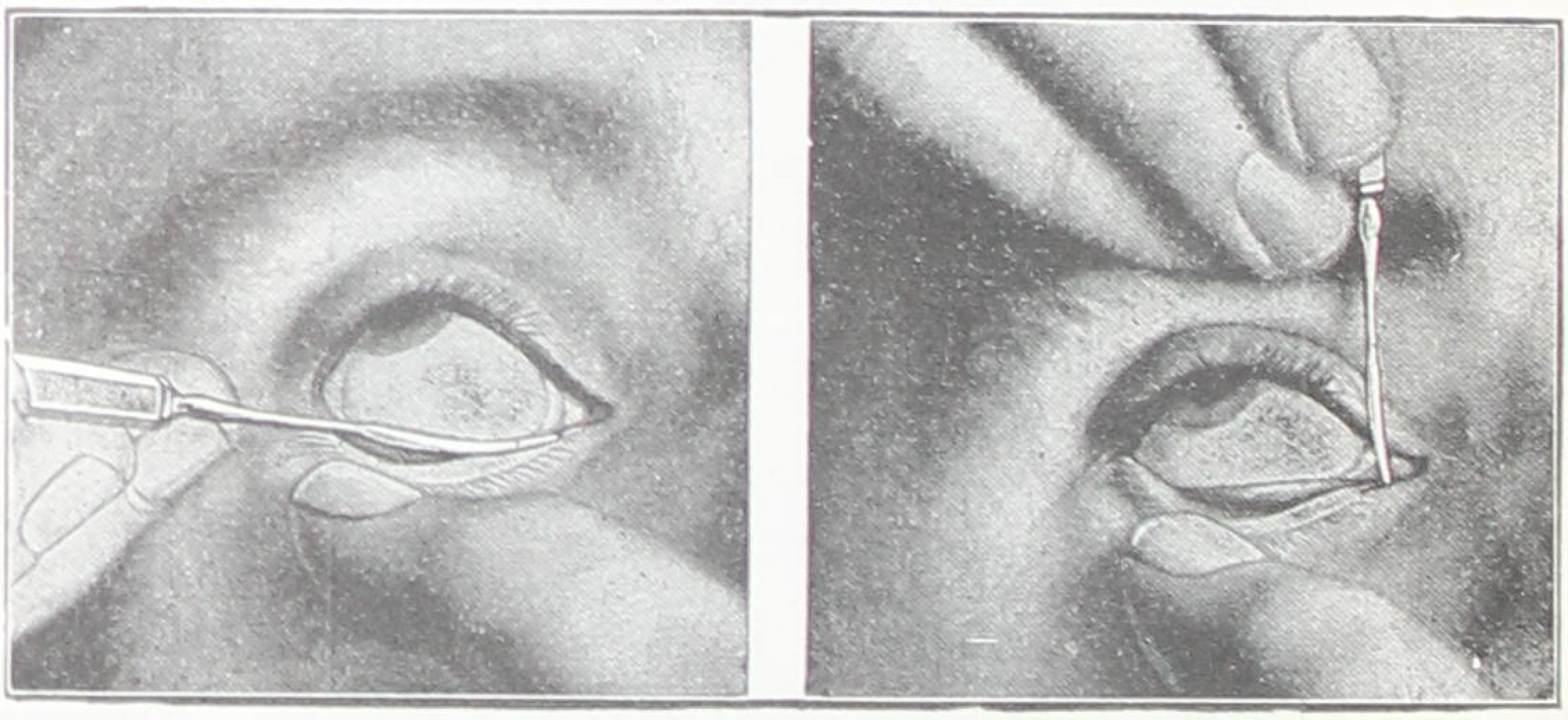
(سلائیوں) کا گزارنا ممکن ہے، تاہم زیادہ بڑی جسامتوں کے لئے ممکن ہے کہ قنالچہ کے بیرونی سرے پر شگاف دیکر کھولنا پڑے (۱ : ۱۰۰۰ ایڈرینالین والے ۲ فیصد نووکین کے چند قطرے پچکاری کے ذریعہ قنات میں داخل کر کے بے حس کرنے کے بعد) -

82

قنالچہ کو شگاف دیکر کھولنا (قنالچہ شگافی) - جرّاح (سرجن) پیچھے کھڑا رہ کر مریض کے سر کو اپنے بدن کے سہارے سے رکھتا ہے - ویبر کا مسباری نیشتک (Weber's probe-pointed canaliculus knife) (شکل ۹۰) بیشتر اوقات استعمال کیا جاتا ہے - ایک ہاتھ کے انگوٹھے سے نیچے کا پپوٹہ باہر کی طرف کھینچکر دوسرے

ہاتھ سے نیشتک انتصابی رُخ میں داخل کیا جاتا ہے یہاں تک کہ وہ نقطۂ دمعیہ سے آگے گذر جائے، اور پھر نیشتک کو اُفقی رُخ میں کر لیا جاتا ہے - نیشتک کی دھار اوپر کی طرف ہوتی ہے، اور اُس کا رُخ کُرہ چشم کی طرف ہوتا ہے تاکہ شگاف ملتحمہ میں لگے نہ کہ جلد کے اندر (شکل ۹۴) - نیشتک اُفقاً اندر کی طرف بھونکا جاتا ہے یہاں تک کہ اُس کے سِرے (نوک) پر تاچہ کی اندرونی عظمی دیوار کی مُستحکم (سخت) مدافعت محسوس ہونے لگے۔

83



شکل ۹۴ - قناۃ زیریں کو شگاف دیکر کھولنے کا طریقہ۔

اَب چاقو کو انتصابی وضع میں کھڑا کرتے ہوئے قنالچہ کی اندرونی دیوار کے بیرونی مثلث کو کاٹ کر کھول دیا جاتا ہے۔

قنات انفی (Nasal Duct) میں مِسبارات (Probes) یعنے سلائیوں کا گذارنا - جرّاح (سرجن) مریض کے پیچھے کھڑا رہے اور چھوٹی جسامت مثلاً ۳ کی سلائی سے شروع کرے اور اُسے اُفقاً اندر کی طرف گذارے، بالکل اسی طرح جس طرح کہ چاقو (نیشتک) داخل کیا جاتا ہے - جب سلائی تاچہ کی اندرونی دیوار تک پہنچ جائے (جسکی

تصدیق اِس طرح کی جاسکتی ہے کہ جب سلائی کو اوپر اُٹھایا جاتا ہے تو نیچے کے پپوٹے کی جِلد میں شِکنیں نہیں پڑتیں) تو اُس کو اِس طرح اٹھالیا جاتا ہے کہ اُس کی نیچے کی نوک ناک اور رخسارہ کے درمیان کے فجوہ (furrow) کی طرف رُخ کرے۔ پھر اُسے آہستگی کے ساتھ نیچے کی جانب دھکیل دیا جاتا ہے، یہاں تک کہ وہ انفی حفرہ (nasal fossa) کے



شکل ۹۵۔ قنات انفی میں مسبار کا گذارنا۔

فرش تک جا پہنچے (شکل ۹۵)۔ اگر سلائی آسانی سے نہ جائے تو زور نہیں لگانا چاہیئے بلکہ اُسے کسی قدر واپس کھینچ کر پھر گذارنے کی مکرر کوشش کرنی چاہیئے یا نسبتۃً چھوٹی یا نسبتۃً بڑی جسامت کی سلائی کو آزمانا چاہیئے۔ سلائی کو پندرہ سے لیکر تیس منٹ تک اندر رہنے دیا جاتا ہے اور ہر دوسرے دن یہ کارروائی دُھرائی جاتی ہے اور بتدریج زیادہ بڑی سلائیاں استعمال

کی جاتی ہیں۔ پھر استبار (probing) کے درمیانی وقفے بڑھا دیے جاتے ہیں۔

بعض اوقات ایک مضبوط سکڑے چاقو کو اُسی طریقہ سے جس طرح سے کہ سلائی گذاری جاتی ہے گذار کر تضییق (stricture) کو کاٹ دیا جاتا ہے، اور تسدد (obstruction) کو دو یا تین سمتوں میں قطع کر دیا جاتا ہے، اور اس کے بعد فوراً سلائی داخل کی جاتی ہے۔ یہ علاج دردناک ہوتا ہے، اور اس کا فائدہ اگر کچھ ہے تو محض عارضی ہے۔ اگلے زمانہ میں تضییق کا تدارک کرنے کے بعد فتحہ (opening) کو مستقل اور قائم رکھنے کی کوشش



شکل ۹۶۔ دمعی مسبار (Lacrymal Style)

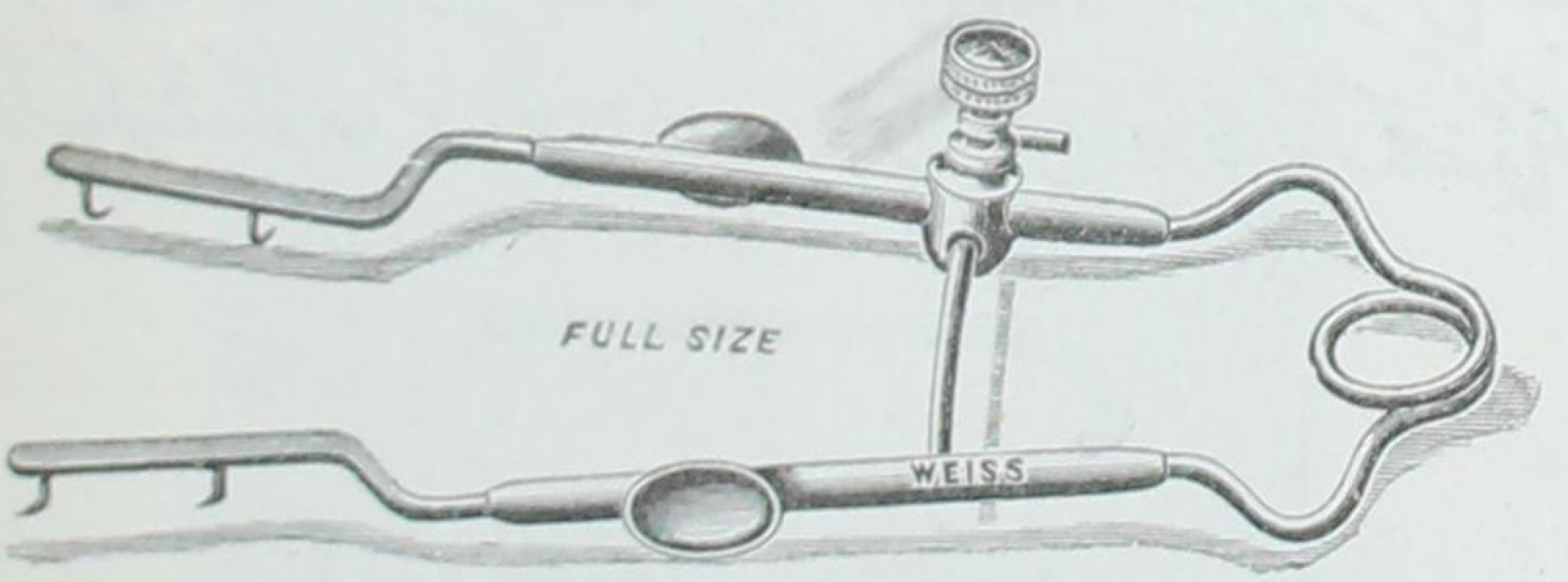
میں ناک کے اندر سیسہ یا چاندی کے مسبار (leaden or silver styles) (شکل ۹۶) گذارے جاتے تھے، اور انھیں کئی دنوں یا ہفتوں کے لئے بجنسہٖ رہنے دیا جاتا تھا۔ آجکل ان سے نہایت شاذ ہی کام لیا جاتا ہے۔

دشوار علاج اور دیرپا حالتوں میں، اُس وقت جبکہ اخراج (مواد) بہت زیادہ ہو، یا جب ایک دمعی ناسور (lacrymal fistula) موجود ہو، یا جب کرۂ چشم پر عنقریب کوئی عملیہ کیا جانے والا ہو، یا جب مریض کے لئے اُس کے پیشہ کی وجہ سے تضررات قرنیہ (corneal injuries) کے خطرہ کا احتمال ہو، تاچہ کا استیصال (extirpation of the sac)

یعنے عمل قطع ہی واعیۂ علاج ہے۔

تاچۂ دمعی کا استیصال (عمل قطع) (Excision of the Lacrymal Sac)

۔ اِس کے لئے حسب ذیل آلات کی ضرورت ہے:۔ مضبوط فکسیشن فارسپس (fixation forceps: تثبیتی کلابیب)، ڈسکشن فارسپس (dissection forceps: تقطیعی کلابیب)، چھوٹا اسکالپل (scalpel: نشتر)، ریٹراکٹر (retractor: مسحب، بازکش) (شکل ۹۷)، 84



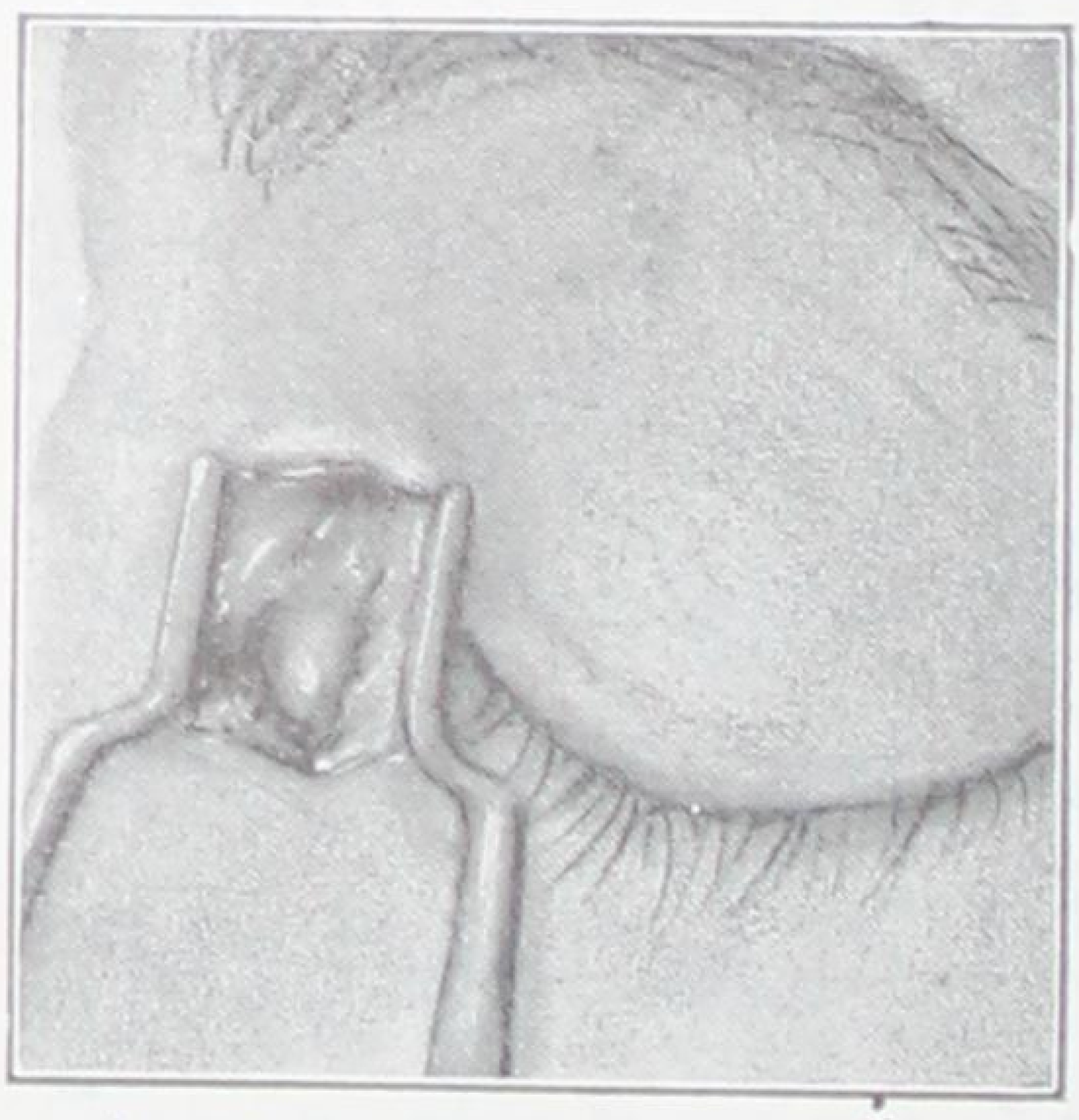
شکل ۹۷۔ بازکش (Retractor)



شکل ۹۸۔ کند مقطاع اور چمچہ۔

قینچی، بلنٹ ڈسکٹر (blunt dissector: کند مقطاع) اور چمچہ (شکل ۹۸)۔ زیادہ خوف زدہ مریض میں ایک عمومی مخدّرہ (general anæsthetic) یعنے داروئے بے ہوشی استعمال کی جاسکتی ہے۔ مقامی عدم حسیت (local anæsthesia) (ملاحظہ ہو باب ۳۱) قابل ترجیح ہے کیونکہ اِس میں نزف (hæmorrhage) تقریباً بالکل نہیں ہوتا۔ ایڈرینالین کلورائڈ

(adrenalin chloride, 1 in 10,000)میں تیار کردہ ۲ فی صدی نووکین (.novocain 2 per cent) کے تیس ۳۰ قطروں کا اشراب عملیہ کے مقام پر تحت الجلد پچکاری کے ذریعہ کر دیا جاتا ہے۔ داخلی رباط جفنی (internal palpebral ligament) کو نمایاں کرنے کے لئے پپوٹوں کی جلد کو انگلی سے باہر کی طرف کھینچا جائے۔ پھر داخلی رباطِ جفنی کے بالائی کنارے سے ذرا اوپر ایک خمدار شگاف، نیچے کی طرف اور کسی قدر باہر کے رُخ، تقریباً نصف انچ تک مجر یعنے چشم خانہ کے حاشیہ کے برابر برابر دیا جائے۔ یہ شگاف اندرُونی ماق (inner canthus) سے صرف تقریباً ½ انچ اندر کو ہونا چاہیئے۔ اگر اس کا محلِ وقوع اس سے زیادہ وسطی ہو تو اینگیولر وین (angular vein: زاویئی ورید) کے زخمی ہو جانے اور تکلیف دہ نزف واقع ہونے کا خطرہ ہے۔ اوپر تو یہ



شکل ۹۹۔ دمعی تاچہ کا استیصال۔

شگاف تاچہ (sac) کے اندر داخل ہو جاتا ہے لیکن نیچے زیادہ اوتھلا رہتا ہے۔ لیکریمل بون (lacrymal bone: عظمِ دمعی) کا کریسٹ (crest: عرف) جو اُنگلی سے محسوس ہو سکتا ہے تاچہ کی رہنمائی کرتا ہے۔ رِٹراکٹر (بازکش) لگا دیا جاتا ہے۔ تاچہ کی غشائے مخاطی کو فارسپس یعنے کلابیب سے پکڑ کر اندر کی جانب پر اُسے ہڈی سے جُدا کر دیا جاتا ہے۔ رِٹراکٹرز (بازکشوں) کے ذریعہ شگاف کو تنا ہوا رکھا جائے اور ایک دوئی کے

پھایہ کی ڈاٹ جو ایڈرینالین (adrenalin) میں تر کی ہوئی ہو، زخم کے اندر دو تین منٹ تک دبا کر رکھی جائے تو نزف (hæmorrhage) موقوف ہو جاتا ہے۔ پھر تاچہ کی پوستگی کو تمام اطراف سے (تاچہ کے بالائی حصہ کا خاص طور پر خیال رکھ کر) علٰحدہ کر لیا جائے۔ اب تاچہ کو باہر کھینچ کر قناتِ انفی (duct) کو جس قدر ممکن ہو اُسی قدر نیچے سے کاٹ دیا جائے۔ اِس کے بعد فولکمن کے ایک چھوٹے چمچے (Volkmann's spoon) سے قنات کو کُھرچ لیا جائے۔ جب نزف کُلّی طور پر موقوف ہو جائے تو ٹانکے لگا کر زخم بند کر دیا جائے۔ تاچہ پر تین چار دن تک ایک محکم داب گدّی (pressure pad) لگائے رکھنا چاہیے۔ چوتھے یا پانچویں دن ٹانکے نکال دئے جائیں۔ جب تاچہ تمام و کمال خارج کر دیا جاتا ہے تو نتائج نہایت تشفی بخش ہوتے ہیں، تاہم موسم سرما میں زوردار ہواؤں سے کسی قدر تدمیع (اشک ریزی) ہونا ایک متوقع چیز ہے۔ اس کی احتیاط رکھنی چاہیے کہ ملتحمہ (conjunctiva) تندرست حالت میں رہے، چنانچہ ہلکے حابس (astringent) قطرات (زنک سلفیٹ ½ گرین، ایک آونس میں) گاہے گاہے استعمال کرنا فائدہ مند ہوگا۔ معمولی حالات میں ڈھلکا (epiphora: دُماع) بالکل نہیں یا بہت کم ہونا چاہیے۔

جب مستمر ریمی مواد خفیف مقدار میں ہو یا بالکل نہ ہو، ڈھلکا مریض کے لئے نہایت تکلیف دہ ہو، اگرچہ چشم پر کوئی علیہ عنقریب ہی نہ کیا جانے والا ہو، اور لپیاڈال (lipiodol) کے اشراب کے بعد لاشعاعوں سے تاچہ پھولا ہوا ظاہر ہو چکا ہو تو اِن حالات میں تاچہ کی سیلیت (drainage) ناک کے اندر کر دینے سے عمدہ نتائج حاصل ہو سکتے ہیں۔ یہ دروں انفی راہ

سے (intra-nasally) کی جا سکتی ہے (West's operation: عملیۂ ویسٹ)، جس کے لئے ایک ماہر امراضِ انف (rhinologist) کی خدمات کی ضرورت ہوگی، یا خارجی طور پر کی جا سکتی ہے (Toti's operation: عملیۂ ٹوٹی یا اُس کی کوئی ترمیم)۔ آخر الذکر طرز کے عملیہ میں تاچہ کی اندرونی دیوار کے اسفل حصّے کو کامل تنکشف کے بعد قطع کر کے نکال دیا جاتا ہے، زیر افتادہ ہڈی اور گردِ عظمہ (periosteum) کا ایک حصہ شُنبہ (punch) یا دندانی برمے (dental drill) سے نکال دیا جاتا ہے اور ماتحت انفی غشائے مخاطی میں ایک متناظر فتحہ (opening) بنا دیا جاتا ہے۔

حاد التہاب تاچہ دمعی

(Acute Dacryocystitis)

یہ تاچہ دمعی کے خطّہ کا حاد التہاب ہے جو مزمن التہاب تاچہ دمعی (chronic dacryocystitis) کے دوران میں ایک حاد اشتداد کے نتیجہ کے طور پر واقع ہوتا ہے۔ اِس کو تاچہ دمعی کا خُراج (abscess of the lacrymal sac) بھی کہتے ہیں (شکل ۶۴، صفحہ ۷)۔

علامات۔ تاچہ دمعی پر کی جِلد سُرخ اور متورّم ہو جاتی ہے۔ یہ حالت پپوٹوں اور ملتحمہ تک پھیل جاتی ہے، اور بعض اوقات اس قدر نمایاں ہوتی ہے کہ اُس پر سُرخبادہ (erysipelas) کا شبہ ہونے لگتا ہے۔ سخت درد اور الیمیت (tenderness)، اور کسی قدر تپ اور ہیئتی اختلال (constitutional disturbance) بھی پایا جاتا ہے۔ دو یا تین دن

کے بعد کسی ایک نقطہ پر ایک زرد بدرنگی (discoloration) ظاہر ہوتی ہے - یہاں پیپ موجود ہوتی ہے، لہٰذا اِسے نکال کر خالی کر دینا چاہیئے - اِس کے بعد آرام معلوم ہوتا ہے اور علامات رفع ہو جاتی ہیں -

ممکن ہے کہ یہ فتحہ (شگاف) بالکل مندمل ہو جائے، اور اِسکے بعد یہ حالت پھر مزمن التہاب تاچہ دمعی (chronic dacryocystitis) کے علامات کے ساتھ اُس کا بطی مَمَر (slow course) اختیار کرلے بعض مریضوں میں فتحہ (شگاف) قائم رہتا ہے، اور اُس سے خارج ہونے والے سیال کے خصائص بدل جاتے ہیں اور وہ پانی جیسا (آبی) ہو جاتا ہے -

اِس حالت کو دمعی ناسور (lacrymal fiistula) کہتے ہیں - جب تک یہ ناسور کھلا رہتا ہے وہ مریض محفوظ رہتا ہے - مگر جیسے ہی کہ یہ ناسور بند ہو جاتا ہے، اُس میں خراج (پھوڑے) کے دوبارہ پیدا ہو جانے (نُکس) کا امکان ہوتا ہے - بعض اوقات محض ایک باریک سا راستہ رہجاتا ہے جو ایک سلائی کے داخلہ کے لئے بھی ناکافی ہوتا ہے، اور اُس کے اندر سے سیال کا ایک آدھ قطرہ وقتاً فوقتاً خارج ہوتا رہتا ہے -

بحثِ اسباب - دمعی خراج نہ صرف تاچہ کو، بلکہ گردوپیش کی اتصالی بافت کو بھی ماؤف کر دیتا ہے - تاچہ کے سڑے ہوئے مشمولات کو اُس کے استر میں ایک چھوٹا نقص ملتا ہے، اور اِس نقص کی راہ سے دقیق عضویے (micro-organisms) (خاص کر streptococci نبقات سُبحیہ، شکل ۱۱۳، صحفہ ۹) متصلہ بافت میں پہنچ کر التہاب اور تقیح (suppuration) پیدا کر دیتے ہیں -

علاج - اگر بیمار اوائلِ مرض میں رجوع ہو تو خراج کے تکوّن کو

روکنے کی کوشش اسطرح کی جا سکتی ہے کہ جمع شدہ مواد کو دبا کر نکالیں اور ہلکے دافع عفونت محلولات (بورک ایسڈ ۴ فیصدی، یا بائی کلورائڈ .... ۱۰ میں ۱ حصہ) کی پچکاری سے دھوئیں۔ اگر ایسا کرنا ناممکن ہو یا یہ طریقہ مؤثر ثابت نہ ہو، جیسا کہ اکثر ہوا کرتا ہے تو گرم تکمیدات (hot fomentations) (ٹکور، بیننگ) استعمال کرنا چاہیے۔

جیسے ہی تموّج (fluctuation) پیدا ہو جائے جلد اور تاچہ کی اگلی دیوار میں سے ہوتے ہوئے آزادانہ شگاف دیا جائے۔ تفریغ (evacuation) یعنی مواد خارج کر دینے کے بعد گاز (gauze: سُندُس) کی ایک دھجی زخم میں ٹھونس دی جائے اور اسے روزانہ بدلتے رہنا چاہیے، یہاں تک کہ تمام التہابی علامات غائب ہو جائیں اور سیّال ریمی (پیپ دار) نہ رہے۔ قنات کی نفوذپذیری (permeability) کو بحال کرنے کی کوشش کی جاتی ہے جس کے بعد ناسور خود بخود بند ہو جاتا ہے۔ اگر قنات کے قابلِ گزر (pervious) (نفوذپذیر) ہونے کے بعد بھی ایسا نہ ہو تو فتحہ کی کوروں کو تازہ کر کے باہم ملا دیا جاتا ہے، یا انھیں حقیقی مکواۃ (cautery) سے داغ دیا جاتا ہے، یا راستہ کو ایک تیز چمچے سے کھرچ دیا جاتا ہے۔ بیشتر حالتوں میں پوری تھیلی کو جڑ سے نکال دینا زیادہ مناسب ہے، لیکن جبتک کہ تمام حاد علامات کم نہ ہو جائیں ایسا نہیں کرنا چاہیے۔

87

باب ہفتم

امراض محجر

(Diseases of The Orbit)

تشریح - محجر (orbit) یعنے چشم خانہ عظمی دیواروں سے بنتا ہے، اور اُس کی شکل ایک ذواربعۃ الاضلاع ہرم (quadrilateral pyramid) کی طرح ہے۔ اُس کا راس ثُقبۂ بصری (optic foramen) سے متناظر ہے۔ قاعدہ سامنے کی طرف رُخ رکھتا ہے اور سامنے کے مضبوط دبیزا اور باہر نکلے ہوئے حاشیہ سے متناظر ہے۔ انفی دیوار جو سب سے زیادہ پتلی ہوتی ہے، زیادہ تر عظم دمعی (lacrymal bone) سے اور مصفاتی (ethmoid) کے مُسطّح حصّے (os planum) سے، نیز عظم جبہی (frontal bone) اور عظمِ وتدی (sphenoidal bone) سے بنتی ہے۔ سامنے اس دیوار میں تاجۂ دمعی (lacrymal sac) کے لئے ایک میزاب (groove) ہوتا ہے۔ چشم خانوں کی اندرونی دیواریں قریب قریب متوازی ہوتی ہیں، لیکن بیرونی دیواریں پیچھے سے آگے کو ایک دوسری سے مُتّسع ہوتی جاتی ہیں۔

چشم خانہ کے راس میں تین فتحات ہوتے ہیں، جو متصلہ کہفوں میں کُھلتے ہیں:

(۱) ثُقبۂ بصری (optic foramen) جس کی راہ سے عصبِ بصری (optic nerve)

اور شریان عینی (ophthalmic artery) گذرتی ہے۔ (۲) فوقانی محجری شقاق (superior orbital fissure) (شقاق وتدی :sphenoidal fissure) جس میں سے ورید عینی (ophthalmic vein)، عضلاتِ چشم کے اعصاب، اور ثلاثیہ توامیہ (trigeminus) کی پہلی شاخ گذرتی ہے۔ (۳) تحتانی محجری شقاق (inferior orbital fissure) (وتدی فکی شقاق :spheno-maxillary fissure) جس میں سے عصبِ فکی (maxillary nerve) اور تحتانی محجری شریان (infra-orbital artery) گذرتی ہے۔

چشم خانہ نہ صرف اپنے راس کے فتحات کے ذریعہ سے کھوپری کے کہفہ کے ساتھ ربط رکھتا ہے، بلکہ اس کے علاوہ وہ متعدد دوسرے کہفوں سے گھرا ہوا بھی ہوتا ہے جو حسب ذیل ہیں: انفی حفرات (nasal fossæ) اور مستزاد کہفے یعنے مصفاتی اور وتدی جوف (ethmoidal and sphenoidal sinuses) جبہی جوف (frontal sinus)، اور فکی جوف (maxillary sinus)۔ یہ تعلقات اہم ہیں۔

محجر کے مشمولات حسب ذیل ہیں:۔ کرۂ چشم اور عصب بصری (optic nerve)، عضلاتِ چشم (ocular muscles)، غدۂ دمعی (lacrymal gland)، عروق دمویہ، اور اعصاب۔ ان کے درمیان کی فضائیں چربی اور رداؤں (fasciæ) سے پُر ہوتی ہیں۔

مقلہ یا کرۂ چشم دو کروں کے قطعات (segments of two spheres) سے مرکب ہے۔ اگلا قطعہ (قرنیہ)، جس کا قطر تقریباً ۱۲ ملی میٹر ہوتا ہے، نسبتہً چھوٹا اور زیادہ اُبھرا ہوا ہے۔ پچھلا قطعہ نسبتہً بڑا اور صُلبیہ (sclera) سے متناظر ہے۔ کرۂ چشم کا قطر تقریباً ایک انچ ہے (ایک جانب سے دوسری

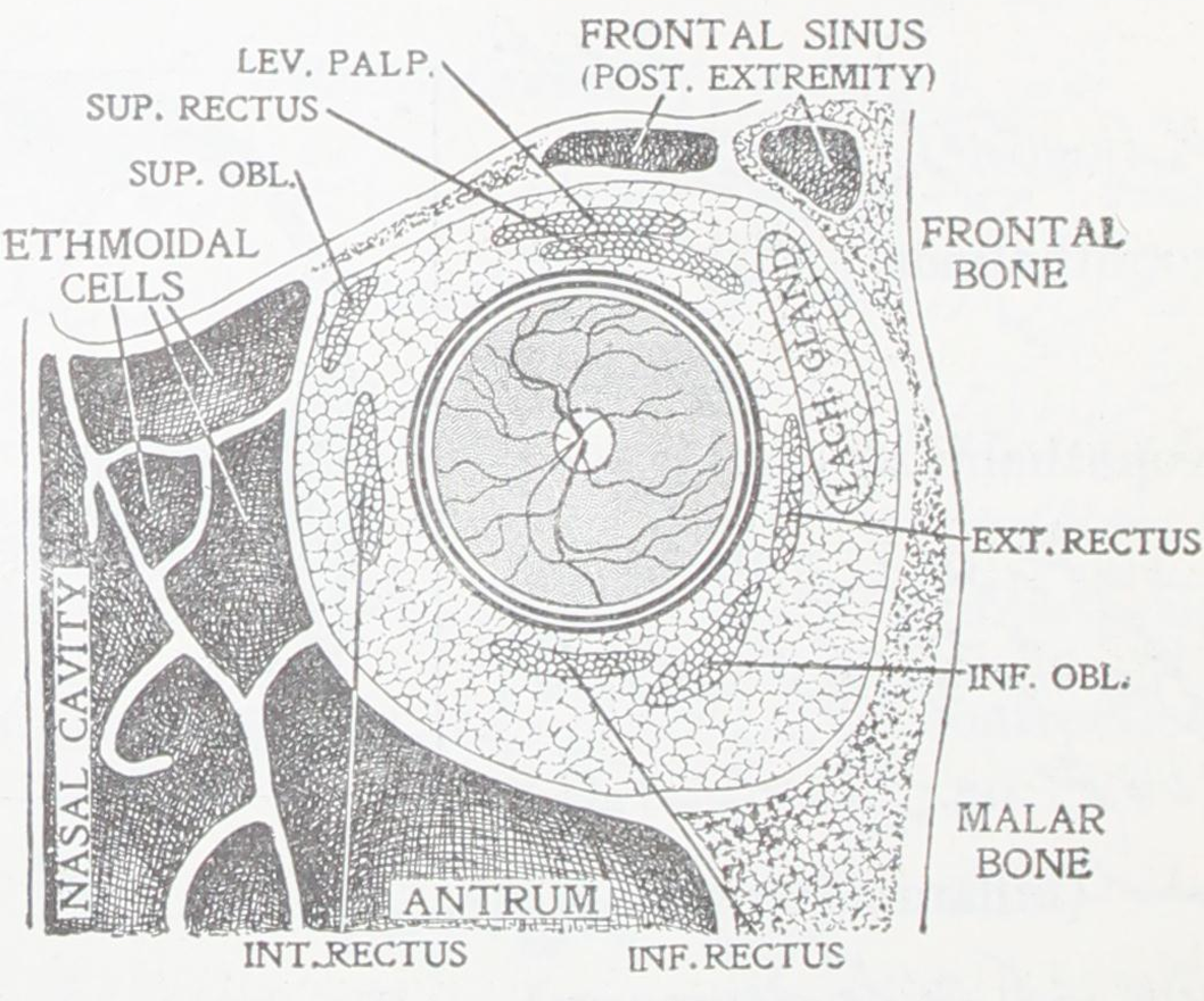
جانب تک ۲۲،۵ ملی میٹر، آگے سے پیچھے تک ۲۴ ملی میٹر، اور اوپر سے نیچے تک ۲۳،۵ ملی میٹر)۔

محجری رداء (orbital fascia) وسیع ہے اور متعدد حصوں میں منقسم پائی جاتی ہے۔ یہ ردائے محجر (چشم خانہ) کی دیواروں کے لیئے گرد عظمہ (periosteum) کا کام دیتی ہے (periorbita: محجری سمحاق)۔ اِس کا ایک حصہ محجر کے فتحہ کے سامنے حائل ہوتا ہے اور اُس کے سامنے کی دیوار بناتے ہوئے محجر کے حاشیہ سے دونوں جفنی غضروفوں (tarsi) تک اور خارجی اور داخلی غضروف الجفنی رباطات (external and internal tarsal ligaments) تک پھیل کر فاصلِ محجری (septum orbitale) بنا دیتا ہے۔ محجری رداؤں کی اطالتیں (prolongations) عضلات کو گھیرتی اور انھیں ایک دوسرے کے ساتھ پپوٹوں کے ساتھ، اور محجر کے حاشیوں کے ساتھ پیوستہ کرتی ہیں۔

88 مزید برآں رداء کی ایک تہ کرۂ چشم کو، قرنیہ سے لیکر پچھلے حصے تک، گھیر لیتی ہے، اِس عضو (آنکھ) کو شحمِ محجری سے علٰحدہ کرتی ہے، اور باریک سہکول (trabeculæ) کے ذریعہ صلبیہ (sclera) سے چسپاں ہوتی ہے۔ اِس پوشش کو غلافِ ٹینان (Tenon's capsule) کہتے ہیں۔ سامنے کی طرف یہ تحت الملتحمہ اتصالی بافت (subconjunctival connective tissue) میں ضم ہو جاتا ہے۔ لیکن پیچھے کی طرف عصبِ بصری (آپٹک نرو) کے گرد غائب ہو جاتا ہے، اور اُن تمام بافتوں سے جو کرۂ چشم سے چسپیدہ ہیں، چھدا ہوا ہوتا ہے۔ کرۂ چشم کی عریض اور وسیع حرکات میں کرہ اور اُس کا غلاف دونوں مجموعی حیثیت سے حصاری شحم پر ایک ساتھ حرکت کرتے ہیں۔ جہاں عضلاتِ چشم کے اوتار (tendons) غلافِ ٹینان کو چھیدتے ہیں، وہاں آخر الذکر (غلاف) اُن پر منعکس ہو کر

اُن کی رداؤں کے ساتھ مسلسل ہو جاتا ہے۔

محجر کی شرائین عینی شریان (ophthalmic artery) سے ماخوذ ہیں۔ وریدیں عینی وریدوں (ophthalmic veins) میں خالی ہوتی ہیں، جو فوقانی محجری شقاق (superior orbital fissure) کی راہ سے گذر کر جوفِ کہفکی



شکل ۱۰۰۔ اکلیلی تراش (Coronal Section) جس میں محجر (چشم خانہ) اور متصلہ کہفے نظر آ رہے ہیں۔

(cavernous sinus) میں چلی جاتی ہیں۔ محجر کے اعصاب حرکی (motor) بھی ہیں اور حسّی (sensory) بھی۔ حرکی اعصاب، یعنے عصبِ سویم، عصبِ چہارم، اور عصبِ ششم، عضلاتِ چشم کو عصبی رسد پہنچاتے ہیں۔ حسّی اعصاب ثلاثیہ توأمیہ

(trigeminus) کی پہلی اور دوسری شاخیں ہیں - ہدبی عقدہ (ciliary ganglion) عصبِ بصری کی بیرونی جانب واقع ہے، اور اس میں حرکی ریشے عصبِ سوم سے، حِسّی ریشے عصبِ پنجم سے، اور مشارکی رشتک (sympathetic filaments) ضفیرۂ سُباتی (carotid plexus) سے پہنچتے ہیں - ہدبی عقدہ سے چھوٹے ہدبی اعصاب باہر نکلتے ہیں، جو آنکھ کے پچھلے حصے میں سے آنکھ کے اندر داخل ہوتے ہیں - مجر میں لمفی عروق یا لمفی غدد نہیں ہوتے -

عوارضِ مجر میں اکثر اوقات ایک مخصوص و ممیز علامت، جحوظ العین (exophthalmos) پائی جاتی ہے -



شکل ۱۰۱ - جحوظ العین
(Exophthalmos)

جحوظ العین (Exophthalmos)

(Proptosis: تبدّل مقلہ) چشم خانہ سے آنکھ کے ڈھیلے (مقلہ) کا باہر کو ابھر آنا ہے (شکل ۱۰۱)- اس کے اسباب حسب ذیل ہیں :- چشم خانہ کے التہابات (inflammations)، سلعات (tumours) اور چوٹیں، متصلہ کہفوں کا اتساع، مرضِ بیسیڈو (Basedow)، جحوظِ نابض (pulsating exophthalmos)، کہفی جوف کی علقیت (thrombosis of the cavernous sinus)، اور بعض حالتوں میں عضلاتِ مستقیمہ کا شلل (paralysis of the recti muscles) اور ان عضلات کی وتر شگافی (tenotomy) - جب یہ (جحوظ) شدید درجہ کا ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ اس سے آنکھ کی قابلیتِ حرکت (mobility) میں خلل واقع ہو

89

اور پپوٹوں کی مسدودی نا مکمل ہو (خرگوش چشمی :lagophthalmos)
جس کے نتائج یہ ہو سکتے ہیں : التہابِ قرنیہ (keratitis) بوجہ آنکھ کے
تکشّف (کھلا رہ جانے) کے، نیچے کے پپوٹے کا شترۂ خارجی (ectropion)،
تشفع یا دو نظری (diplopia) (اگر مقلہ کی جانبی غیر وضعی بھی مستزاد ہو)،
اور عصبِ بصری کے التہاب اور ذبول (atrophy) کی وجہ سے
بصارت میں خلل۔

خوص یا غؤرالعین (Enophthalmos)- یہ آنکھ کے
ڈھیلے کا چشم خانہ میں پیچھے کو ہٹ جانا ہے۔ یہ استثنائے اُن حالتوں کے
جو بوڑھوں میں اور انتہائی نحول (emaciation) یعنے لاغری کی حالت
میں چشم خانہ کی چربی کے کم ہونے کی وجہ سے دیکھنے میں آتی ہیں، یہ نادرالوقوع ہے۔
اِس کے دوسرے اسباب یہ ہیں:- شللِ مشارکی (paralysis of the
sympathetic)، چشم خانہ کی چوٹیں جو ندبی انقباض (cicatricial
contraction) پیدا کر دیں اور مجری دیواروں کا کسر (fracture)-

مجری سمحاقی التہاب

(Orbital Periostitis)

یہ چشم خانہ کے گرد عظمہ (سمحاق) کا التہاب ہے جو اپنے عمر میں
حاد (acute) ہوتا ہے یا مزمن (chronic)، اور چشم خانہ کے حاشیہ
کے ایک حصّے میں محدود ہوتا ہے یا زیادہ عمیق طور پر پھیلتا ہوا۔

حاصلاتِ التہاب اکثر صرف اِس غشاء کی دبازت (thickening)
پر مشتمل ہوتے ہیں۔ بعض اوقات ہڈی کا جماؤ یا صمغیہ (gumma)

(آتشک) ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایک خراج (پھوڑا) بنجائے، اور اس کے ساتھ مجحر کی دیوار کے ایک حصّے کی بوسیدگی (caries) یا تنخّر (necrosis) موجود ہو یا نہو۔

علامات۔ اِن کا انحصار مرض کے مرکے حاد یا مزمن ہونے پر، مجحر کے اُس حصّہ پر جو ماؤف ہو، اور حاصلاتِ التہاب کی فطرت (نوعیت) پر ہوتا ہے۔

اِس کی نہایت عام قسم وہ ہے جو مجحر کے حاشیہ کو ماؤف کردیتی ہے۔ ایسی صورت میں ممکن ہے کہ بجز اِس کے کہ درد ہو، مجحری حاشیہ پر دبانے سے ایلمیت (tenderness) پائی جائے، اِس مقام پر ایک سخت اور غیر متحرک ورم ہو، اور ساتھ ہی پپوٹوں اور ملتحمہ (conjunctiva) کا کسی قدر ورم ہو، اور کوئی علامات نہ پائے جائیں۔ ایسی حالت کا اکثر یہی نتیجہ ہوتا ہے کہ حاصلاتِ التہاب کامل طور پر جذب ہوجاتے ہیں۔ نسبتہً کم عام نتیجہ یہ بھی ہوتا ہے کہ گردِ عظمی (سمحاقی) دبازت (periosteal thickening) یا عظمی جماؤ (bony deposit) باقی رہ جاتا ہے۔ اِس کے برعکس اگر پیپ پڑجاتی ہے تو مجحر کے حاشیہ پر ایک سمحاقی خراج (periosteal abscess) پیدا ہوجاتا ہے، اور یہ جلد میں سے سوراخ کرکے ایک ناسور (fistula) بنا دیتا ہے۔ اِس ناسور میں سے سلائی (probe: مسبار) کے ذریعہ مُعرّا (bare) یا مُتنخّر (necrosed) ہڈی شناخت کی جاسکتی ہے۔ ایسا ناسور مہینوں کھلا رہتا ہے یہانتک کہ تمام مُردہ ہڈی باہر نکل آئے، اور اِس کے اندمال کے بعد وہاں ایک منخفض ندبہ (depressed scar) یعنے دبا ہوا داغ، اور بعض اوقات

90

شترۂ خارجی (ectropion) اور خرگوش چشمی (lagophthalmos) پائی جاتی ہے۔

اگر التہاب سمحاق (periostitis) زیادہ پیچھے کو ہے تو درد نسبتہً زیادہ اور عمیق المقام (deep-seated) ہوگا، کرۂ چشم کو دبانے سے ایلمیت (tenderness) محسوس ہوگی، پپوٹوں اور ملتحمہ میں ورم اور سرخی پائی جائے گی، شاید جحوظ العین (exophthalmos) بھی ہو، اور نمایاں بنیئی اختلال (constitutional disturbance) موجود ہوگا۔ ایسی حالت میں ممکن ہے کہ بالآخر التہاب کے حاصلات جذب ہوجائیں یا سمحاقی دبازت (periosteal thickening) یا عظمی جماؤ (bony deposit) پیدا ہوجائے۔ لیکن اگر ایسا عمیق المقام عمل بڑھتا رہے اور پھوڑا بننے کی نوبت آجائے تو وہ زیادہ خطرناک ہوجاتا ہے، اور مجری خلوی التہاب (orbital cellulitis) (جو ملاحظہ ہو) کے علامات پیش کرتا ہے، جس سے اکثر اوقات اُس کی تفریق نہیں کی جاسکتی۔ پیپ سطح پر اپنا راستہ نکالنے کا رجحان رکھتی ہے، لیکن اِس کے لئے ممکن ہے کہ کچھ وقت درکار ہو۔ اِس اثناء میں کہفِ جمجمہ (cranial cavity) تک توسیع ہونے اور التہاب سحایا (meningitis) یا دماغی خراج (cerebral abscess) پیدا ہوجانے کی وجہ سے جان کا خطرہ ہونا ممکن ہے۔

بحث اسباب۔ چوٹیں، تدرن (tuberculosis) (بچوں میں)۔ درجۂ ثالث کی آتشک (tertiary syphilis) (بالغوں میں)۔ مزمن "روماتزم" (رثیۃ)۔ متصل کہفوں یا ہڈیوں سے توسیع۔ روماتزم اور آتشک کے مریضوں میں مرض اکثر مزمن ہوتا ہے، اور تقیح

(periosteal دبازت عظمی گرد بغیر کے رجحان کسی کے (suppuration) thickening) پیدا ہو جاتی ہے۔

علاج۔ آتشک، یا روماتزم (رثیتہ)، یا تدرن (ٹیوبرکیولوسس) کا علاج۔ مقامی طور پر مرطوب اور گرم رفادے (moist, warm compresses)۔ تقیح (suppuration) کے امارات[1] پائے جائیں تو فی الفور شگاف لگا دینا چاہیئے۔ پیپ کی موجودگی کا شبہ ہوتے ہی داعیۂ علاج یہ ہے کہ ایک سکڑے چاقو (narrow knife) سے ابتدائی حالت ہی میں شگاف لگا دیا جائے، تاکہ دماغ میں تقیح نہ پھیلنے پائے۔ آیوڈوفارم گاز (iodoform gauze) کی دھجی کے ذریعہ فتحہ کی تسییلیت (draining) کا انتظام کیا جاتا ہے یہانتک کہ پیپ کا نکلنا موقوف ہو جائے۔ بوسیدگی اور تنخر (caries and necrosis) کیلیئے ممکن ہے کہ مابعد عملیتی مداخلت[2] کی ضرورت پیش آئے۔

مجری خلوی التہاب

91

(ORBITAL CELLULITIS)

مجری خلوی التہاب (orbital cellulitis) چشم خانہ کی خلوی بافت (cellular tissue) کا التہاب ہے، جو تقیح (suppuration) پر ختم ہوتا ہے۔ اِس التہاب کا مبدا حاد ہوتا ہے اور اس کے ساتھ نمایاں بنیئی علامات (constitutional symptoms) موجود ہوتے ہیں۔

---

[1] امارات: signs

[2] operative intervention.

علامات۔ پپوٹوں کا بہت ورم، تہیج ملتحمہ (chemosis)، جحوظ العین (exophthalmos)، آنکھ کے ڈھیلے کی قابلیتِ حرکت میں کمی اور خلل، چشم خانہ اور جانب سر میں سخت درد، جو ڈھیلے کو دبانے سے اور زیادہ ہوجاتا ہے۔ اِن مقامی امارات کے ساتھ نمایاں بنیئی علامات اور شدید تپ موجود ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ دماغی علامات مستزاد ہوجائیں۔ ممکن ہے کہ بصارت غیر متاثر رہے، یا التہابِ عصبِ بصری (optic neuritis) واقع ہوجانے کی وجہ سے بصارت کم ہوجائے یا بالکل جاتی رہے۔ تقریباً ایک ہفتہ تک اِن علامات کے جاری رہنے کے بعد پیپ پپوٹوں کی جلد کے کسی حصے پر ظاہر ہوتی اور سوراخ کردیتی ہے، یا ممکن ہے کہ وہ قبوہ (fornix) میں خالی ہوجائے۔ ایسی حالت میں جبکہ کوئی اور پیچیدگی نہ واقع ہوگئی ہو، پیپ جلد نکالدینے کے بعد علامات بہ سرعت رفع ہوجاتے ہیں اور فتحہ (شگاف) مندمل ہوجاتا ہے۔

پیچیدگیاں۔ التہابِ عصبِ بصری (optic neuritis)، نسبتہً کم صورتوں میں شبکیہ کے عروق کی علقیت (thrombosis)، کبھی کبھی التہابِ کل العین (panophthalmitis)۔ اُن حالتوں میں جو انفلوئنزا کے بعد پیدا ہوجاتی ہیں قرحۂ قرنیہ (corneal ulcer) کی پیچیدگی پیدا ہوجانے کا خاص طور پر امکان ہوتا ہے۔ التہابی عمل کا دماغ کی طرف پھیلنا مہلک ہوسکتا ہے۔

اسباب۔ (۱) چوٹوں اور عملیوں کے بعد سرایت کا وقوع۔ (۲) متصلہ حصوں سے التہاب کا پھیلنا۔ (۳) اِنفلوئنزا۔ (۴) دبھی

سرخبادہ (facial erysipelas) - (۵) تسروح، یعنے ایک عضو یا حصے سے دوسرے حصے میں انتقال مرض (metastasis) [تقیح الدم (پائیمیا) نفاسی عفونت الدم (puerperal septicæmia) وغیرہ] - (۶) بعض اوقات سببِ مرض کا پتہ نہیں لگتا۔

علاج - حار تکمیدات (hot fomentations) یعنے ٹکور۔ ابتدا ہی میں اُس مقام پر جہاں ہمیں پھوڑے کے واقع ہونے کا شبہ ہو، گہرا انشگاف لگایا جائے، خواہ ملتحمہ میں سے یا جلد میں سے۔ اگر ہم پیپ تک نہ بھی پہنچیں تو بھی ایسا کرنے سے تناؤ میں تخفیف ہو جائے گی اور مابعد تفریغ (subsequent evacuation) کے لئے ایک راستہ تیار ملیگا۔ زخم کو ہائڈروجن پر آکسائڈ (hydrogen peroxide) کے گرم محلول (سہ حجمی[1]) سے نطول (irrigate) کیا جائے اور بالکل کھلا رہنے دیا جائے یہاں تک کہ وہ تہ میں سے مندمل ہو (بھر آئے)۔

جوفِ کہفکی کی علقیت (Thrombosis of the Cavernous Sinus) - یہ تقریباً ہمیشہ ساری ہوتی ہے اور محجری خراج (orbital abscess) کی حالت میں محجری وریدوں کے اندر علقیت واقع ہو کر جوفِ کہفکی میں علقہ کی توسیع ہو جانے کی وجہ سے پیدا ہو سکتی ہے۔ یا اُن متصلہ ریمی مرکزوں (pus foci) سے پیدا ہو سکتی ہے جو بلعوم (فیرنکس)، لوزتین، دانتوں، یا متنزادانفی جوفوں (accessory nasal sinuses) میں واقع ہوں۔ یا سرخبادہ (erysipelas) کے بعد

---

[1] سہ حجمی (3 volumes)-

یا عظم حجری کی بوسیدگی (caries of the petrous bone) کے بعد، اور تقیح الدم (pyæmia) میں اور ساری امراض میں انتقالِ مرض (شُروح metastasis:) واقع ہونے کے بعد ہوسکتی ہے۔ امارات و علامات وہی ہیں جو محجری خراج (orbital abscess) میں پائے جاتے ہیں، جس سے تفریق کرنے میں حسب ذیل علامات ممد ہوسکتے ہیں:۔ شدید دماغی علامات کی موجودگی، حلمیتی خطّے (mastoid region) پر اُذیما (وسیط وریدوں emissary veins: میں وریدی رکود :stasis ہونے کی وجہ سے)، مقابل جانب پر توسیع، شبکیتی وریدوں (retinal veins) کا نمایاں طور پر پھیلا ہوا ہونا اور عصبی شبکیتی التہاب (neuro-retinitis) کا ہمیشہ موجود ہونا۔ یہ مرض ہمیشہ مہلک ہوتا ہے۔

التہابِ غلافِ ٹینان

(TENONITIS)

التہابِ غلافِ ٹینان ایک اوّلی عارضہ کے طور پر نادرالوقوع ہے۔ اِس میں غلافِ ٹینان (Tenon's capsule) کا مصلی التہاب (serous inflammation) ہوکر چند ہفتوں میں شفا ہوجاتی ہے۔ اِس کے علامات حسب ذیل ہیں:۔ اوپر کے پپوٹوں کا تھوڑا ورم، عضلاتِ مستقیمہ (recti muscles) میں سے کسی ایک عضلہ کی منتہائی چسپیدگی (insertion) کے اوپر محدود المقام ورم یا منتشر تہبیج ملتحمہ (diffuse chemosis)، خفیف جحوظ العین (exophthalmos)، حرکاتِ چشم کا محدود ہوجانا، کُرۂ چشم کو حرکت دینے پر کسیقدر درد۔ التہابِ غلافِ ٹینان کسی عضلۂ مستقیمہ

کی چوٹ یا وتر شگافی (tenotomy) کے بعد اُسوقت واقع ہو سکتا ہے جب کہ زخم سرایت زدہ ہو گیا ہو۔ یہ اِنفلوئنزا، نقرس اور روماتزم (رثیہ) سے بھی منسوب کیا گیا ہے۔ ممکن ہے اس عارضہ اور محجری خلوی التہاب (orbital cellulitis) کے درمیان تفریق کرنا مشکل ہو جائے۔ یہ التہاب قزحیہ وجسمِ ہدبی (iridocyclitis) کی شدید شکلوں میں نیز التہابِ کُل العین (panophthalmitis) میں ایک ثانوی عارضہ کی حیثیت سے پایا جاتا ہے۔ علاج یہ ہے کہ سرد یا گرم تکمیدات (cold or warm fomentations) اِستعمال کئے جائیں اور تسبیبی عامل (etiological factor) کا علاج کیا جائے۔

جحوظِ نابض

(PULSATING EXOPHTHALMOS)

جحوظِ نابض میں علاماتِ ذیل موجود ہوتے ہیں: جحوظ العین (exophthalmos) یعنی آنکھ کے ڈھیلے کا باہر کو اُبھرا ہوا ہونا، گرہ چشم اور اُس کے گردوپیش کے حصوں میں نبضان (pulsation)، آنکھ اور پیشانی کے اوپر خرخرو (bruit) کی آواز کا سنائی دینا، سر میں آوازیں (بھنبھناہٹ)، درد، شبکیہ (retina) ملتحمہ (conjunctiva) اور پپوٹوں کے عروقِ دمویہ کا تمدد (پھولنا)، اور کبھی کبھی التہابِ عصب بصری (optic neuritis)۔ اِسی جانب کی شریانِ سُباتی (carotid) کو دبانے سے مندرجہ بالا نبضان اور خرخرو (bruit) کی آواز کم یا غایب ہو جاتی ہے۔ اِس مرض کی پیدائش کی وجہ بیشتر اوقات یہی ہوتی ہے کہ

شریانِ سُباتی عموماً ضربہ (traumatism) یعنے چوٹ لگنے سے جوفِ کہفکی (گورنس سائنس) کے اندر پھٹ جاتی ہے، اور اِس انشقاق سے ایک شریان وریدی انورسما (arterio-venous aneurism) واقع ہو کر جحوظِ نابض (pulsating exophthalmos) پیدا کر دیتا ہے۔ بعض حالتیں شریانِ عینی (ophthalmic artery) کے انورسما یا اُسکی شاخوں میں سے ایک شاخ کے انورسما، یا داخلی سُباتی شریان (internal carotid) کے انورسما کی وجہ سے، یا ایک عروقی سلعہ (vascular tumour) کے باعث پیدا ہو جاتی ہیں۔ یہ حالت نزف (hæmorrhage) کی وجہ سے مہلک ہو سکتی ہے۔ **علاج** یہ ہے کہ اُسی جانب کی مشترک سُباتی (common carotid) میں گرہ (ligation) لگا دی جائے۔ ممکن ہے کہ مقابل جانب کی مشترک سباتی کو باندھنے کی ضرورت بھی لاحق ہو (مگر اس کی گرہ بندی سے پہلے کچھ عرصہ گذر جانے دینا چاہیے تاکہ دماغی دورانِ خون بحال ہو سکے)، یا متبادلاً عینی وریدوں (ophthalmic veins) میں یا زاویئی وریدوں (angular veins) میں گرہ لگانا پڑے۔ بہت سی حالتوں میں اِس طریقہ سے شفا ہو گئی ہے۔

93

مجحری سلعات (چشم خانہ کی رسولیاں)

یہ بہت کم ہوا کرتی ہیں۔ یہ چشم خانہ کی دیوار سے یا اُس کے مشمولات میں سے ہو سکتی ہیں۔ علامات کا انحصار رسولی کی جسامت، اُس کے محلِ وقوع، اور اُس کی فطرت (نوعیت) پر ہوگا۔ عموماً جحوظ (exophthalmos) موجود ہوتا ہے (یعنے آنکھ باہر کو اُبھری ہوئی

ہوتی ہے) ۔ گرۂ چشم کے بروز (آگے اُبھر آنے) کا رُخ اور اُس کی حرکت کی خرابی رسولی کے اصلی محلِ وقوع کے لحاظ سے ہوگی ۔ عصبِ بصری (optic nerve) پر دباؤ پڑنے سے عصبِ بصری کا التہاب (optic neuritis) اور ذبول بھی پیدا ہوسکتا ہے ۔ چشم خانہ کے حاشیہ اور گرۂ چشم کے درمیان اُنگلی ڈالی جائے تو شاید رسولی اُنگلی کی نوک کو محسوس ہوسکے ۔ سلیم سلعات (benign tumours) عموماً آہستہ بڑھتے ہیں اور اکثر بہت کم علامات پیدا کرتے ہیں ۔ مگر سلعاتِ خبیثہ (malignant tumours) جسامت میں نہایت تیزی کے ساتھ بڑھتے ہیں، اور بہت درد پیدا کردیتے ہیں ۔ چشم خانہ کے سلیم سلعات میں حسب ذیل رسولیاں شامل ہیں :- آدمی دُویرہ (dermoid cyst)، انورسما (aneurism)، عروقی سلعہ (angioma)، جھوٹا نابض (pulsating exophthalmos) سحائی قیلہ (meningocele)، عظمی سلعہ (osteoma)، اور متصلہ کہفوں کا تمدد (پھولنا) (distension) ۔ خبیث سلعات، یعنی لحمی سلعہ (sarcoma) اور سرطانی سلعہ (carcinoma)، میں عموماً چشم خانہ کے مشمولات کو بالکل خالی کردینا (حشا برآری :exenteration) ضروری ہوتا ہے ۔ اخراج کے بعد ریڈیئم کا ایک نصاب یا لاشعاعی علاج استعمال کرنا چاہئے ۔ جب سلیم سلعہ کی حالت میں اُسے نکالنے کی ضرورت ہو تو گرۂ چشم کو بجنسہٖ محفوظ رکھنے کی کوشش کرنی چاہئے، بالخصوص جبکہ بصارت اچھی ہو ۔ جب ایسے (سلیم) سلعات بہت زیادہ پیچھے نہ واقع ہوں تو اُنھیں اکثر آزادانہ خارجی ماق شگافی (external canthotomy) کے ذریعہ خارج کیا جاسکتا ہے، اِس طرح پر کہ اِس ماق میں شگاف نیچے

ہڈی تک پہنچے، اور بالائی اور زیریں قبوہ (fornix) کے اندر ایک اور شگاف دیا جائے جو ماق شگافی کے فتحہ (opening) سے زاویہ قائمہ پر ہو۔ مزید راستہ نکالنے کے لئے خارجی عضلہ مستقیمہ (external rectus muscle) کی عارضی وتر شگافی (tenotomy) کی جا سکتی ہے۔ اگر اس سے بھی کافی جگہ (گنجائش) حاصل نہ ہو تو عملیہ کرونلین (Kronlein's operation) سے کام لیا جا سکتا ہے (جس میں بیرونی محجری دیوار کو عارضی طور پر ڈھیلا کر کے اسکی جگہ سے ہٹا دیا جاتا ہے، ملاحظہ ہو صفحہ 100)۔

بعض اوقات بالیدگی (رسولی) کے اندر ریڈان[1] بھرے ہوئے خولوں (radon seeds[2]) کی تنصیب (implantation) سے اچھے نتائج حاصل ہوئے ہیں۔

متزاد انفی جوفوں کے مرض کے عینی مظاہر

94

(The Ocular Manifestations of Disease of the Nasal Accessory Sinuses)

متزاد انفی جوف (جوفِ جبہی : frontal sinus)، مقدم اور موخر

---

[1] ریڈان (radon) ایک بے رنگ گیسی تابکار عنصر ہے جو اپنی کیمیائی ترکیب میں ایکٹی نان (actinon) اور تھوران (thoron) سے مماثل (ہم جا isotopic) ہے۔ یہ ریڈیم کو توڑنے سے حاصل ہوتا ہے۔

[2] ریڈان سیڈ (radon seed) سونے یا شیشہ کا ایک چھوٹا سا سربمہر خول جس کے اندر ریڈان بھرا ہوا ہوتا ہے۔

مصفاتی خلیات: ethmoidal cells، جوفِ وتدی sphenoidal sinus: اور مغارہ فکّی (maxillary antrum: چشم خانہ کو گھیرے ہوئے ہیں، اور انھیں عظمی دیواریں، جو کہیں کہیں نہایت پتلی ہیں، چشم خانہ سے جدا کرتی ہیں۔ اِن جوفوں کا استر انفی غشاء مخاطی کی توسیع سے بنتا ہے۔ اِسی تعلق کی وجہ سے یہ جوف اکثر اوقات سرایت زدہ ہو جاتے ہیں۔ اگر جوف کا طبعی مخرج مسدود ہو جائے تو افراز جمع ہو جائیگا اور اسکا نتیجہ یہ ہوگا کہ اُس جوف کی دیواریں تنکر پھیل جائیں گی، اور ساتھ ہی چشم خانہ کی طرف مداخلت ہوکر جحوظ (exophthalmos) پیدا ہو جائے گا۔ اگر یہ احتباس (جمع شدہ افراز) اپنی خصوصیات میں مخاط جیسا (mucoid) ہے تو اِس حالت کو قیلۂ مخاطیہ (mucocele) کہتے ہیں، اور اگر ریمی نوعیت کا ہے تو اسے دُبیلہ (empyema) کہتے ہیں۔ ایسا جوفی التہاب (sinusitis) حاد یا مزمن مرحلے کر سکتا ہے۔

جوفِ جبہی (frontal sinus) کے مرض کی حالت میں ممکن ہے کہ چشم خانہ کے بالائی اور اندرونی زاویہ پر اُبھار پیدا ہو جائے، اِس رقبہ پر دبانے سے الیمیت (tenderness) پائی جاتی ہے، اور بعض اوقات اِس کے اوپر کی جلد پر سرخی ہوتی ہے۔ شدید جبہی دردِ سر (frontal headache) ہوتا ہے، اور اگر مریض آگے جھکے تو اُسے چکر آنے لگتا ہے۔ ممکن ہے کہ کرۂ چشم کا نیچے اور باہر کی طرف بروز (protrusion) یعنے اُبھار ہو، اور ساتھ ہی دو نظری (diplopia) پپوٹوں کا اُذیما، ملتحمی اور بر صُلبیتی امتلا (conjunctival and episcleral congestion) اور تدمّع (اشک ریزی) (lacrymation) بھی ہو۔ ممکن ہے کہ نتیجۃً

محجری سمحاقی التہاب (orbital periostitis) اور خلوی التہاب (cellulitis) پیدا ہو جائے۔

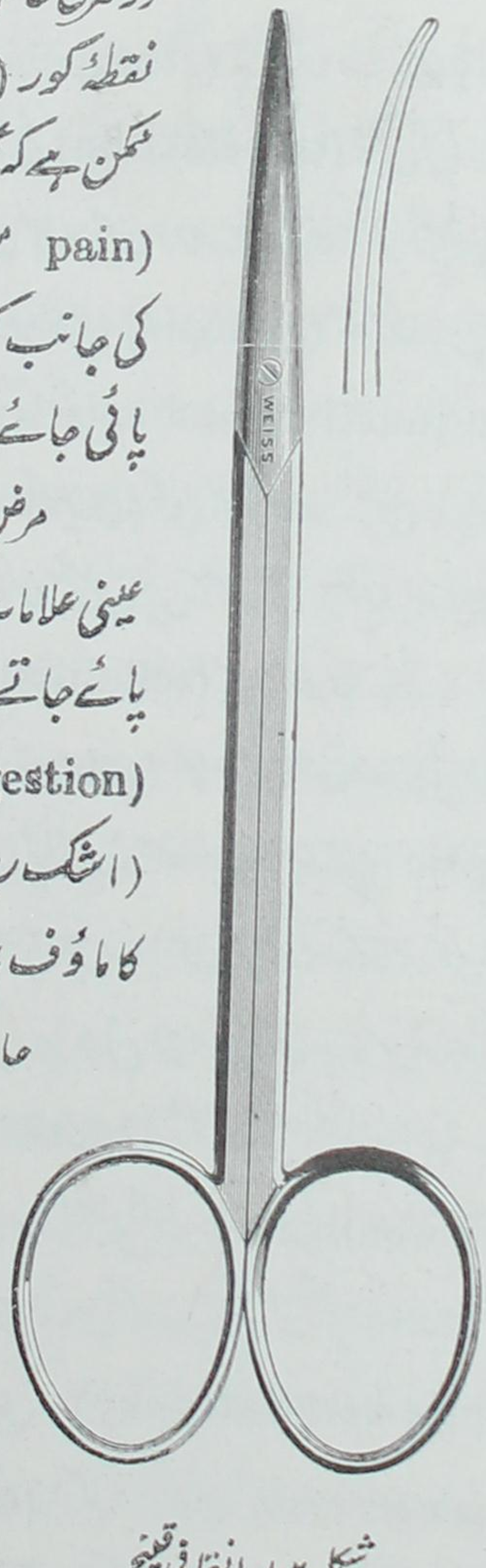
مصفاتی مرض (ethmoidal disease) چشم خانہ کے بالائی اور اندرونی حصہ میں تورّم اور انتفاخ (tumefaction) پیش کرتا ہے، اور اس کے ساتھ متصلہ پپوٹوں کی جلد میں ورم ہوتا ہے، کرۂ چشم نیچے اور باہر کی طرف ہٹ جاتا ہے، دونظری (diplopia) اور نمایاں درد، ملتحمی اور برصُلبیتی امتلا (conjunctival and episcleral congestion) اور تدمّع (اشک ریزی) بھی ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ عمل چشم خانہ کو بھی ماؤف کر دے اور اس میں سمحاقی التہاب (periostitis) یا خلوی التہاب (cellulitis) پیدا ہو جائے۔

وتدی جوف (sphenoidal sinus) کا مرض عموماً مصفاتی مرض کے ساتھ ساتھ ہوتا ہے۔ وتدی کہفہ کی دیواریں عصبِ بصری (optic nerve) سے نہایت قریبی تعلق رکھتی ہیں۔ اس جوف کے مرض کی حالت میں ممکن ہے کہ التہاب کی کوئی بیرونی علامت ظاہر نہ ہو اور پھر بھی التہابِ عصبِ بصری (optic neuritis)، عصبی شبکیتی التہاب (neuro-retinitis) اور خلف البصلہ عصبی التہاب (retrobulbar neuritis) پیدا ہو جائے اور نوبت یہاں تک پہنچے کہ اگر سبب کو دور نہ کیا جائے تو ذبولِ عصبِ بصری (optic nerve atrophy) واقع ہونے لگے۔ مرکزی (central)، نزد مرکزی (paracentral) یا حلقہ نما لونی ظلمہ (annular colour scotoma) ہو سکتا ہے، جو ممکن ہے کہ بعد میں ظلمہ مطلق (absolute scotoma) بن جائے۔

95 اِس کے ساتھ استبصاری میدان (visual field) عموماً بہت کم سکڑتا ہے۔ دوسری خاصی دائمی علامت (جو ہمیشہ موجود ہوتی ہے) نقطۂ کور (blind spot) کی کلانی (بڑا ہو جانا) ہے۔ ممکن ہے کہ عمیق المقام درد (deep-seated pain) موجود ہو، اور جب کُرۂ چشم کو پیچھے کی جانب کو دبایا جائے تو الیمیت (tenderness) پائی جائے۔

مرضِ مغارہ (antrum disease) کے ساتھ عینی علامات (ocular symptoms) اکثر نہیں پائے جاتے۔ اِس میں درد، پپوٹوں کا ورم، مُلتحمی اِمتلا (conjuctival congestion)، اور تدمّع (اشک ریزی) ہونا ممکن ہے، لیکن چشم خانہ (محجر) کا ماؤف ہونا نادر ہے۔

عاد، یا ناکس (relapsing)، دروں عینی التہابات [التہاب قزحیہ (iritis)، التہاب قزحیہ و جسم ہدبی (iridocyclitis)، وغیرہ] کا اصلی اور بنیادی سبب کوئی مزمن جوفی مرض (chronic sinus disease) ہو سکتا ہے۔



شکل ۱۰۲- انقافی قینچی
(Enucleation Scissors)

چشم خانہ کی چوٹیں (تضرّراتِ محجر)

(INJURIES OF THE ORBIT)

ان میں کوفتگی (contusion)، شگافتہ زخم (incised wounds)، ثاقب (چھیدنے والے) زخم (penetrating wounds)، اجسامِ غریبہ (foreign bodies)، اور محجری دیوار کے کسور (fractures) شامل ہیں۔ چوٹ کی ایک نمایاں علامت چشم خانہ کے اندر نزف (hæmorrhage) کا ہونا ہے جس سے جحوظ (exophthalmos) اور کبھی پپوٹوں اور ملتحمہ کا کدم (ecchymosis) پیدا ہوجاتا ہے۔ گھونسا لگنے یا کسی کُند چیز کے ذریعہ ہُول (وَخزہ: stab) سے کُرۂ چشم پھٹ سکتا یا مُنخلع (dislocated) ہو کر پپوٹوں کے سامنے آسکتا ہے۔ ثاقب زخم (penetrating wounds) کُرۂ چشم کو تلف اور عصب بصری کو مجروح کرکے نابینائی پیدا کرسکتے ہیں، یا بعض عضلات کو قطع کرکے شلل (paralysis) اور دونظری (diplopia) پیدا کرسکتے ہیں۔ اگر یہ زخم سرایت زدہ ہوجائیں تو بالآخر محجری خراج (orbital abscess) پیدا ہوجاتا ہے۔ اجسام غریبہ (foreign bodies) اگر عفونت سے پاک (عدیم العفونت: aseptic) ہوں تو برداشت کیے جاسکتے ہیں لیکن اگر وہ سرایت زدہ ہوں تو بالآخر تقیّح (suppuration) واقع ہوجاتا ہے۔

کسر (fracture) اگلی دیوار کو ماؤف کرسکتا ہے، یا اندرونی دیوار کو ماؤف کرکے دُبیلہ (empyema) پیدا کرسکتا ہے، یا راس کے ساتھ بصری کنال (optic canal) کو ماؤف کرکے عصبِ بصری (optic nerve)

کو چوٹ پہنچا سکتا ہے - آخرالذکر ضرر راست چوٹ کا نتیجہ ہو سکتا ہے یا بالواسطہ طریقہ (ضرب متقابل contrecoup) سے واقع ہو کر بلا کسی چشم بینی (ophthalmoscopic) منظر کے نابینائی پیدا کر سکتا ہے، جس کے بعد چند ہی ہفتوں میں عصب بصری کا ذبول (atrophy of the optic nerve) واقع ہو جاتا ہے -

96

علاج - زخموں کی صفائی اور ازالۂ سرایت کرنا اور اجسام غریبہ کو نکالدینا (لاشعاعی امتحان کی مدد سے) - اگر موقع ایسا معلوم ہو کہ اُسکے نکالنے کے لیئے زیادہ دست اندازی (manipulation) کی ضرورت ہوگی اور یہ یقین کرنیکے لئے وجہ ہو کہ داخل شدہ چیز عدیم العفونت (aseptic) ہے (مثلاً چھرا ہے)، تو اکثر یہی بہتر ہوتا ہے کہ اُس جسم غریب کو نہ چھیڑا جائے بلکہ وہیں رہنے دیا جائے - افرازات کے لئے کھلے راستہ کا قائم رکھنا ضروری ہے - بندش (پٹی باندھ دینے) سے ہوا اور خون کے جذب ہونے میں مدد ملتی ہے -

کرۂ چشم کی پیدائشی خلاف قاعدگیاں

(CONGENITAL ANOMALIES OF THE EYEBALL)

یہ اکثر دوجانبی ہوتی ہیں - بےچشمی (anophthalmos) وہ حالت ہے جس میں چشم خانہ کے اندر کرۂ چشم کے بجائے ایک چھوٹا ٹھوس یا دُویری تودہ (cystic mass) ہوتا ہے - صغرالعین یا خُردچشمی (microphthalmos) وہ حالت ہے جس میں کرۂ چشم کی جسامت ہر قطر میں چھوٹی ہوتی ہے - کبرالعین یا گاؤچشمی (buphthalmos) (پیدائشی گلاکوما

(congenital glaucoma: وہ حالت ہے جس میں گرہ چشم کی جسامت زیادہ ہو کر گلاکوما (سبز موتیا) کے علامات موجود ہوتے ہیں، اور اس کا نتیجہ اکثر یہ ہوتا ہے کہ نابینائی واقع ہوجاتی ہے (صفحہ 235)۔

گرہ چشم کے عملیات

(OPERATIONS UPON THE EYEBALL)

انقافِ گرہ چشم (Enucleation of the Eyeball)۔

مطلوبہ آلات حسب ذیل ہیں: ۔ مکشافِ چشم (eye speculum) (شکل ۱۸۵)، تثبیتی چمٹے (fixation forceps) (شکل ۱۸۶)، کند نوک والی حَوَلی قینچی (blunt-pointed strabismus scissors) (شکل ۳۳۶)، حَوَلی خُطّاف (squint hook) (شکل ۳۳۷)، مضبوط خمدار انقافی قینچی (curved enucleation scissors) (شکل ۱۰۲)، سوزن گیر (needle-holder) (شکل ۳۳۸)، باریک خمدار سوئی، اور باریک سیاہ ریشم۔

عملیہ۔ بچوں اور عصبیُ المزاج (معصوب :nervous) مریضوں میں ایک عام مُعدمِ حس (بے ہوشی پیدا کرنے والی دوا :general anæsthetic) ضروری ہے۔ دوسرے مریضوں میں اگر چاہیں تو مقامی تخدیر (local anæsthesia) حاصل کرنے کے لئے چشم خانہ کے اندر ۳ فیصدی نُووکین (3 per cent. novocain) کا اِشراب کرسکتے ہیں، جیساکہ صفحہ 467 پر بیان کیا گیا ہے۔ مکشاف (speculum) لگادینے کے بعد ملتحمہ کو قرنیہ کے گرداگرد سے، اُس کے کنارے سے جس قدر قریب تر

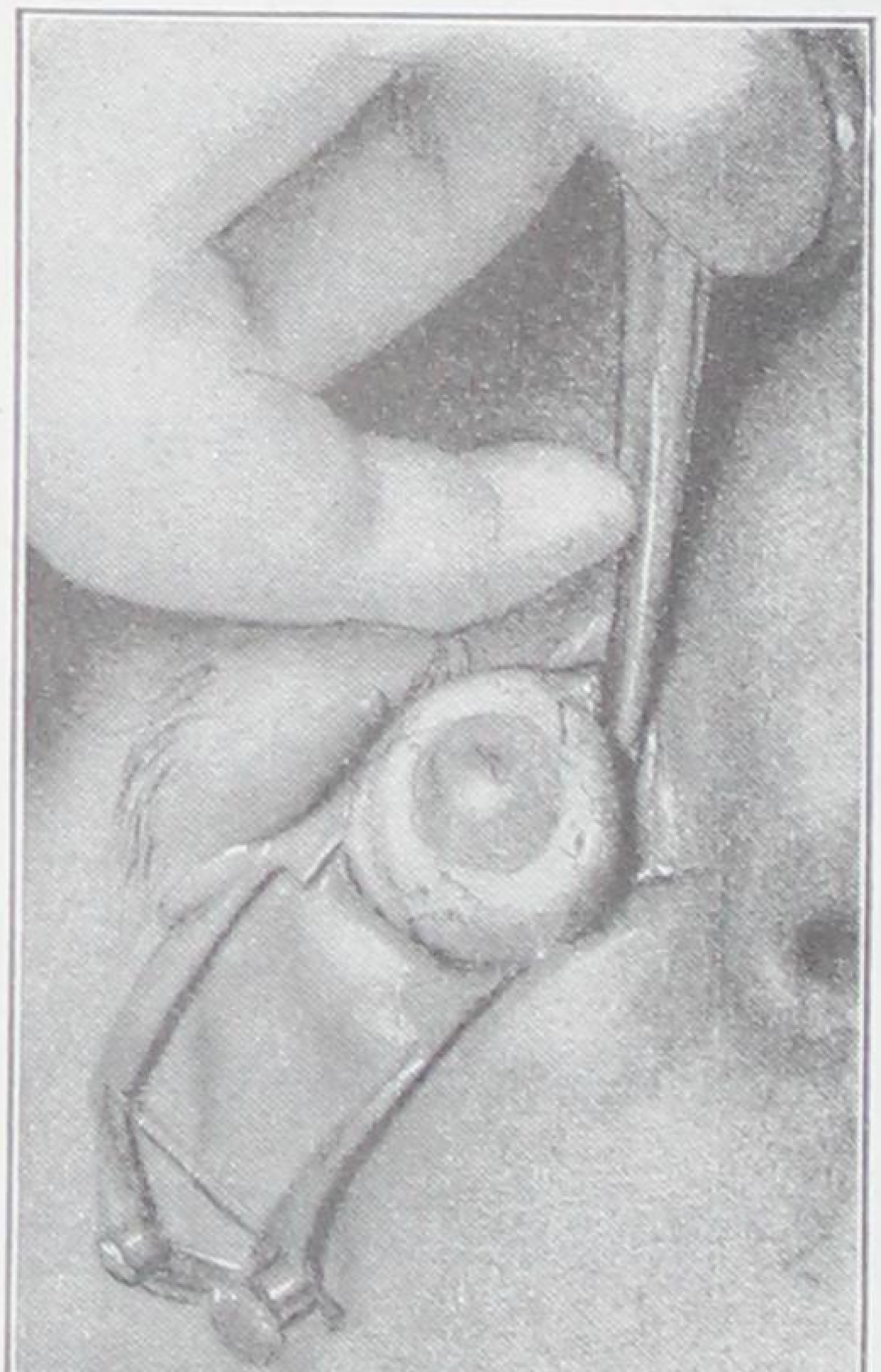
ممکن ہو، قطع کر کے پیچھے کی طرف عضلاتِ مستقیمہ کے منتہاؤں (insertions of recti muscles) تک بذریعہ تقطیع (dissection) پیچھے ہٹا دیا جائے۔ اِس کے بعد داخلی مستقیمہ (internal rectus) کے وتر کے نیچے ایک حوَلی خطاف (squint hook) گذار کر حوَلی قینچی (strabismus scissors) کے ذریعہ اُس عضلہ کو اُس کے منتہا (insertion) سے جس قدر قریب ممکن ہو قطع کر دیا جائے۔ اِس کے بعد دوسرے عضلاتِ مستقیمہ بھی، مع زیرِ ملتحمی اتصالی بافت کے، خطِ استوا سے کچھ آگے بڑھ کر اسی طرح کاٹ دئے جائیں۔ قینچی کی نوک کا رُخ ہمیشہ کرۂ چشم کی طرف رکھنا چاہیے، اور کرۂ چشم کو حتی الامکان ایسا صاف (شکل ۱۰۱) کر لینا چاہیے کہ اُس کے ساتھ چشم خانہ کی کوئی بافت لگی نہ رہے اور بلا ضرورت خارج نہ ہونے پائے۔ ابتدائً ملتحمہ کے گِرد قرنیتی حصّے کو قطع کرنیکے بجائے ہم پہلے داخلی مستقیمہ (internal rectus) کی وتر شگافی (tenotomy) سے شروع کر سکتے ہیں، اور پھر جب ایک وتر سے دوسرے وتر پر پہنچیں تو باری باری سے وہاں کے ملتحمہ کو کاٹ سکتے ہیں۔ خطاف (ہک) کو کرۂ چشم کے گرداگرد گذار کر اِس امر کا یقین کر لیا جائے کہ عضلات کی چسپیدگی کو کامل طور سے قطع کر کے جدا کر دیا گیا ہے۔ اب مکشاف (speculum) کو پیچھے کی طرف دبا کر کرۂ چشم کو سامنے کی طرف منخلع[1] کر دیا (ہٹایا) جاتا ہے، اور ایسا کرنے سے عصبِ بصری (optic nerve) پر تناؤ پڑتا ہے۔ انقافی قینچی (enucleation scissors) (شکل ۱۰۲) کو اُسکے دونوں

97

---

[1] dislocated: منخلع -

پھلوں کو بند رکھکر) ملتحمہ اور صلبیہ کے درمیان گذار کر عصب بصری کو ٹٹولا جاتا ہے۔ قینچی کو کسیقدر واپس کھینچکر اُس کے پھلوں کو تھوڑا کھولکر (شکل ۱۰۳) عصب بصری کو صلبیہ (sclera) کے قریب کاٹ دیا جاتا ہے۔ اب کرۂ چشم کو بائیں ہاتھ کے انگوٹھے اور انگشتِ شہادت کے درمیان پکڑ کر عضلاتِ مُوربہ



شکل ۱۰۳۔ اِنقافِ کرۂ چشم
(Enucleation of the Eyeball)

(oblique muscles) اور دوسری غیر منقطع چسپیدگیوں (attachments) کو قطع کر دیا جاتا ہے۔ اِس کے بعد چشم خانہ (socket) کو پرکلورائڈ آف مرکیوری کے ۵۰۰۰ میں ایک حصّہ طاقت والے غسول (perchloride of mercury lotion, 1 in 5,000) کی مقدارِ کثیر سے نطول[1] کیا (دھو ڈالا) جاتا ہے۔ جریانِ خون (نزف) کو قابو میں رکھنے کے لیئے چشم خانہ میں چند منٹ کے لیئے روئی وغیرہ ٹھونس[2] دی جاتی ہے، اور ملتحمہ کو عموماً خواہ ایک ہی ٹانکے سے (جیسے ملتحمہ کی کور میں سے تھوڑے تھوڑے فاصلوں سے گذار کر ایک بٹوے کے ڈورے کی طرح باندھ دیا جاتا ہے)

[1] irrigation: نطول۔   [2] plugging: اِصمام۔

یا منفصل ٹانکوں (interrupted sutures) سے بند کر دیا جاتا ہے۔
اب آنکھ پر پٹی باندھ کر مریض کو ایک دن کے لیئے بستر پر لٹائے رکھنا چاہیئے۔
اثنائے عملیہ میں اس امر کی احتیاط رکھنی چاہیئے کہ گرۂ چشم پھوٹنے نہ پائے
کیونکہ گرۂ چشم پچکا ہوا ہو تو عملیہ زیادہ دشوار ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ تکلیف دہ
نزف واقع ہو جائے۔ اگر ایسا ہے تو اُسے گرم پانی یا مضبوط پٹی کے ذریعہ
قابو میں لایا جا سکتا ہے۔ جب کسی ایسے گرۂ چشم کا انقاف کرنا ہو جس میں
ایک خبیث رسولی (malignant growth) موجود ہو، تو اُسکے ساتھ
عصب بصری کا جسقدر زیادہ حصہ نکالنا ممکن ہو نکال دینا چاہیئے۔ شاذ حالتوں
میں زخم میں سرایت ہو جانے کی وجہ سے پھوڑا، علقیت (thrombosis)
بلکہ مہلک سحائی التہاب (meningitis) تک پیدا ہو گیا ہے۔ متقیح
(پیپ دار) گرۂ چشم کے انقاف (نکالنے) میں سحائی التہاب کا خطرہ کسیقدر
زیادہ ہوتا ہے۔ اسیوجہ سے بہت سے ماہرینِ امراضِ چشم[1] التہابِ کل العین
(panophthalmitis) کی حالت میں عملیۂ انقاف (enucleation)
کو ممنوع قرار دیتے ہیں، اور جب تک تقیحی عمل موقوف نہ ہو جائے عملیہ کو
ملتوی رکھتے ہیں۔

دواعیٔ انقاف (indications for enucleation) حسب ذیل
ہیں: (۱) ہدبی خطّہ کی چوٹیں، جبکہ آنکھ کامل طور پر اندھی ہو، یا ضربہ (چوٹ)
اس قدر وسیع ہو کہ گرۂ چشم کی شکل کا محفوظ رکھنا ناممکن ہو۔ (۲) مشارکی رمد
(sympathetic opthalmia) کو روکنے کے لیئے یا اُس کے

[1] oculist: عیونی، ماہر عینیات۔

علاج کے لئے۔ (۳) جب نابینا آنکھ میں شدید درد ہو (۴) التہاب قزحیہ و جسمِ ہدبی (iridocyclitis)، ضمورِ بصلہ (phthisis bulbi)" اور گلاکوما (glaucoma: زرق الما) جبکہ اُس کے ساتھ شدید درد یا التہابی علامات بھی موجود ہوں، اور جب آنکھ نابینا ہو یا اُس کا نابینا ہوجانا یقینی ہو۔ (۵) خبیث سلعات (malignant tumours)، درچشمی[1] یا برچشمی[2] [باستثنائے قزحیہ (iris) کے اُن چھوٹے چھوٹے سلعات کے جو قزحیہ برآری (iridectomy) کے عملیہ کے ذریعہ بکلیہ نکالے جا سکتے ہیں]۔ (۶) عنبۂ مقدم (anterior staphyloma) کی حالت میں اُس وقت جبکہ آنکھ نابینا، تکلیف دہ، اور بدشکل ہو۔ (۷) التہابِ کُل العین (panophthalmitis)۔ (۸) آنکھ میں اجسامِ غریبہ (foreign bodies)، جبکہ وہ نکالے نہ جا سکتے ہوں اور خراش پیدا کر رہے ہوں، یا جب آنکھ نابینا ہو۔

اُن حالتوں میں جنمیں مشارکی رَمَد (sympathetic ophthalmia) نوبالیدگی (رسولی) یا التہابِ کُل العین (panophthalmitis) نہ ہو، ایک نسبتہً بڑا اور زیادہ حرکت پذیر ٹُنڈ (stump: جُذمور) بہم پہنچانے کے لئے غلافِ ٹینن (Tenon's capsule) کے اندر ایک مصنوعی آنکھ رکھی جا سکتی ہے۔ یہ شیشے، سونے یا پلاٹینم کا ایک جوفدار (کھوکھلا) گرہ، یا چربی کا گولا ہو سکتی ہے جسے گرہِ چشم کی نسبت ذرا چھوٹا ہی ہونا چاہئے۔

عضلاتِ مستقیمہ کے اوتار اور غلافِ ٹینن کی کوروں کو تانت (catgut) کے ایک بٹوہ ڈورٹانکے (purse-string suture) کے ذریعہ

---

[1] intra-ocular: درچشمی۔　　[2] epi-ocular: برچشمی۔

کھینچکر باہم ملا دیا جاتا ہے اور اس کے بعد باریک ریشم کے ٹانکوں کی ایک اُفقی قطار کے ذریعہ ملتحمہ کی کوروں کو متحد کر دیا جاتا ہے۔

حشا برآری مُقلہ (Evisceration of the Eyeball)
(کرۂ چشم کے مشمولات کو نکالدینا) ۔ اِس عملیہ میں قرنیہ اور آنکھ کے کل مشمولات کو خارج کر دیا جاتا ہے، اور صرف صلبیہ (sclera) چھوڑ دیا جاتا ہے۔

مطلوبہ آلات حسب ذیل ہیں: مِکشاف العین (eye speculum) (شکل ۱۸۵)، تثبیتی چمٹے (fixation forceps) (شکل ۱۸۶)، خمدار حَوَلی قینچی (curved strabismus scissors)، گریفی چاقو (Græfe knife) (شکل ۶۷) یا بیر کا چاقو (Beer's knife) (شکل ۲۵۴)، تیز چمچہ (sharp spoon)، سوزن گیر (needle-holder) (شکل ۳۳۸) چھوٹی خمدار سوئیاں، تانت (catgut)، اور ریشمی ٹانکے (silk sutures) -

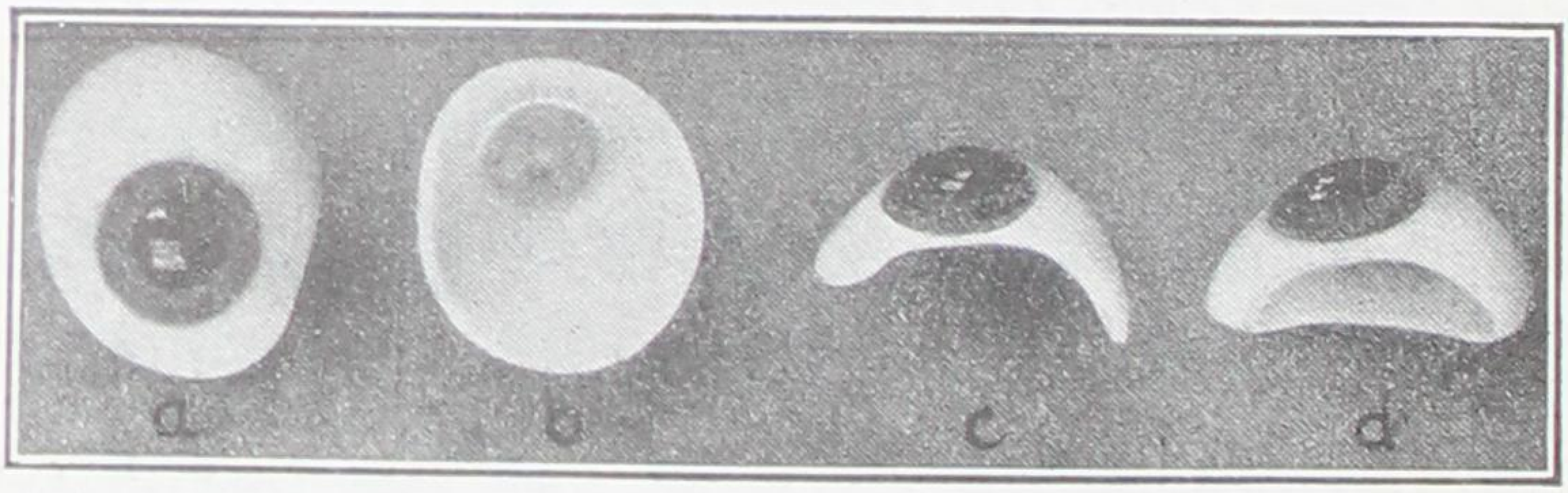
عملیہ ۔ مِکشاف کو اندر داخل کرنے کے بعد گریفی یا بیر کے چاقو کو قرنیہ سے ذرا پیچھے آنکھ میں گھونپ[1] کر اندر سے باہر کی طرف کاٹتے ہوئے بالائی صلبیتی قرنیتی اتصال (sclero-corneal junction) کے مقام پر باہر نکالا جائے۔ قرنیہ کے دوسرے نصف حصے کو قینچی سے قطع کر دیا جائے۔ پھر تیز چمچے سے کرۂ چشم کے مشمولات کو کامل طور پر باہر نکال دیا جائے اور یہ احتیاط رکھی جائے کہ بجز صلبیہ کے اور کچھ باقی نہ رہنے پائے۔ اب کہفہ کو بذریعہ نطول (irrigation) دھو ڈالا جائے اور خون سے بھر جانے دیا جائے،

99

[1] transfixation: خرق ۔ چاقو یا چھری کو اندر گھونپ کر باہر کی طرف کاٹنا۔

یا اُسے خشک کرلیا جائے۔صلبیہ کی کوروں کو تانت (catgut) کے ٹانکوں سے ایک انتصابی خط میں باہم ملادیا جائے اور ملتحمہ کو ریشمی ٹانکوں کے ذریعہ اُفقی رُخ میں جوڑ دیا جائے۔

اس عملیہ کے بعد صحتیابی اتنی جلد نہیں ہوتی جتنی جلد عملیۂ انقاف (enucleation) کے بعد ہوتی ہے، نیز درد اور ردِّ عمل (تعامل) نسبتہً زیادہ ہوتا ہے، مگر مصنوعی آنکھ کے لئے عموماً بہتر سہارا حاصل ہوتا ہے۔بہ استثنائے سلعاتِ خبیثہ (malignant tumours)، اجسامِ غریبہ (foreign



شکل ۱۰۴۔مصنوعی آنکھیں۔

الف (a)۔سامنے کا منظر۔ب (b)۔عقبی منظر۔ج (c)۔سیپی کی آنکھ
د (d)۔سنیلن کی "ریفارم" آنکھ=(Snellen "reform" eye)۔

bodies) اور مشارکی التہابِ چشم (sympathetic ophthalmitis) تمام حالتوں میں انقاف (enucleation) کے بجائے یہی عملیہ کیا جاسکتا ہے۔

حشا برآری اور مصنوعی زجاجیہ کا ادخال (Evisceration with Insertion of an Artificial Vitreous) [عملیۂ میولز (Mules's Operation)]۔حشاء برآری کے بعد کہفۂ صلبیہ کو

صاف کرنے اور جریان خون (نزف) کو بند کر دینے کے بعد، کانچ یا چاندی (یا کسی دوسری چیز) کا ایک جوفدار (کھوکھلا) کرہ اندر رکھ دیا جاتا ہے۔ یہ گولا بہت زیادہ بڑا نہیں ہونا چاہئے۔ صلبیہ میں شگاف دیدینے یا اور ایک مخصوص اِدخالی آلہ (inserting instrument) استعمال کرنے سے اِس کے داخل کرنے میں آسانی ہوتی ہے۔ پھر زخم کو بند کر کے اُس کا تکسیہ (dressing) (پٹی وغیرہ باندھنا) اُسی طرح کر دیا جاتا ہے جس طرح کہ معمولی عملیۂ حشابرآری کے بعد کیا جاتا ہے۔ اس عملیہ کے بعد ردِ عمل (تعامل) معتدبہ ہوتا ہے اور مریض کو ایک ہفتہ تک اپنے حجرہ ہی میں رہنا پڑتا ہے۔ اس میں شک نہیں کہ اِس طریقہ سے حاصل شدہ جذمور (stump) (ٹُنڈ) دوسرے طریقوں کے مقابلہ میں بہتر ہوتا ہے، لیکن اکثر ایسا اتفاق ہوتا ہے کہ گولا باہر نکل آتا ہے۔

مصنوعی آنکھیں (شکل ۱۰۴)۔ اِنقاف (enucleation) اور حشابرآری (evisceration) کے بعد تجمیلی یا تحسینی اغراض (cosmetic purposes) سے اور اُس کہفہ کو پُر کرنے کے لئے جو پپوٹوں کے درمیان باقی رہ جاتا ہے، مصنوعی آنکھیں لگائی جاتی ہیں۔ یہ چشم خانہ کا التہاب رفع ہوتے ہی (عموماً کئی ہفتوں کے بعد) لگائی جا سکتی ہیں۔ مصنوعی آنکھ کو بار بار دھوتے رہنا چاہئے اور روزانہ رات کو نکال دینا چاہئے۔ عموماً ایک سال کے بعد اُس کی سطحیں اور کوریں کھردری ہو جاتی ہیں، لہذا اُسکے بجائے نئی آنکھ لگانا چاہئے۔ جب جذمور (stump) (ٹُنڈ) اچھی خاصی جسامت کا ہو تو ایک سیپی نما مصنوعی آنکھ لگانا چاہئے، لیکن اگر جذمور چھوٹا ہے یا آنکھ (بذریعۂ اِنقاف) نکال دی گئی ہے تو سنیلن کی "ریفارم"

مصنوعی آنکھ (Snellen "reform" artificial eye) جو جدید طرز کی ہے، تجمیلی لحاظ سے زیادہ خوشنما اور اچھی معلوم ہوتی ہے ۔ یہ کسی قدر دبازت رکھتی ہے اور جوفدار (کھوکھلی) بھی ہوتی ہے (شکل ۱۰۴، د) ۔

ممکن ہے کہ چوٹوں کی وجہ سے ندبی بند (cicatricial bands) یا ندبی بافت (scar tissue) پیدا ہوجائے اور اس کا نتیجہ یہ ہو کہ چشم خانہ سکڑ جائے یا شیشہ کی آنکھ کھردری ہوجائے اور اس کی خراش کی وجہ سے قبوۂ زیریں (lower fornix) کم گہرا (اتھلا) ہوجائے ۔ ان دونوں صورتوں میں مصنوعی آنکھ اپنی جگہ پر نہیں ٹھہریگی ۔ ندبی بندوں کو پورے طور پر کاٹ دینے کے بعد ملتحمی تاچہ کی مکرر استرکاری ایک بڑے جلدی پیوند سے (جسے گٹاپرچا کے ڈھانچہ :guttapercha mould) کی مدد سے اپنی جگہ پر قائم رکھا جائے) یا متصلہ جلد سے لئے ہوئے ایک ڈنڈی دار پیوند (pedunculated graft) سے کردی جائے ۔ بعض اوقات قبوۂ زیریں کو بڑا کرنے کے لئے سرحلمہ کے پیوندوں کی جڑت ("epithelial inlay" = "سرحلمی مرصع کاری") سے کام لینا تشفی بخش ہوسکتا ہے ۔ نیچے کے پپوٹے میں قبوہ کے نیچے ایک کہفہ بنا کر اس میں باہر سے دندانی موم کا ایک ڈھانچہ (dental wax mould) جسے پیوند تھیرش (Thiersch graft) سے ڈھانک دیا گیا ہو، دفن (داخل) کر دیا جاتا ہے ۔ جب یہ پیوند جم جائے (جڑ پکڑ لے) تو کہفہ کو ملتحمی سطح سے کھولکر ڈھانچہ کو باہر نکال لیا جاتا ہے ۔

کرونلین کا عملیہ (Kronlein's Operation) بے ضرر خلف العینی رسولیوں (innocent retro-ocular growths) کو نکالنے کے لئے کام میں لایا جاتا ہے، جس سے آنکھ ضائع نہیں ہوتی ۔ اس کا

طریقہ یہ ہے کہ چشم خانہ کے صدغی حاشیہ کے برابر برابر ایک شگاف ہڈی تک دیکر چشم خانہ کی صدغی دیوار سے گردِ عظمہ (سمحاق) کو جدا کر دیا جائے، اور عظمی دیوار کا عارضی استیصالِ جزئی (temporary resection) کرکے رسولی کو نکالنے کے بعد دیگر اجزا کو انکی جگہ پر واپس رکھ دیا جائے۔

محجری حشا برآری (Exenteration of the Orbit)۔ یہ عملیہ مشمولاتِ محجر کے ابتدائی خبیث امراض میں کیا جاتا ہے۔ اس میں محجر کی دیواروں پر سے گردِ عظمہ کو ادھیڑ کر محجر کے راس تک جملہ مشمولات نکال دئے جاتے ہیں۔

101

باب ہشتم

امراض ملتحمہ

(DISEASES OF THE CONJUNCTIVA)

تشریح ۔ ملتحمہ (conjunctiva) غشائے مخاطی کی ایک باریک تہ ہے جو پپوٹوں کا استر بناتی ہے، اور پھر مقلہ (کرۂ چشم) پر منعکس ہوکر ایک تاچہ (تھیلی) بناتی ہے جس کا نام تاچۂ ملتحمہ (conjunctival sac) ہے ۔ ملتحمہ کو ہم تین حصوں میں ممیز کرتے ہیں: (۱) جفنی (palpebral) یا غضروف الجفنی (tarsal) ملتحمہ، جو پپوٹوں کی تحتانی سطح کا استر بناتا ہے ۔ (۲) عینی (ocular) یا بصلی (bulbar) ملتحمہ جو مقلہ (کرۂ چشم) کے اگلے حصّہ کو ڈھانکتا ہے، اور (۳) قبوہ (fornix) یعنے وہ برزخی حصّہ، جو پپوٹے اور کرۂ چشم کے درمیان ایک دہراؤ بناتا ہے ۔ اِن تینوں حصوں کا ملتحمہ اپنی ساخت میں دوسرے حصوں سے کسیقدر مختلف ہوتا ہے ۔

جفنی ملتحمہ (palpebral conjunctiva) دوسرے حصوں کی نسبت زیادہ دبیز، اور اپنی وسعت کے بیشتر حصہ میں ماتحت غضروفِ جفنی (tarsus) سے اِسقدر چسپیدہ ہوتا ہے کہ میبومی غدد (Meibomian glands)

اُس میں سے نظر آسکتے ہیں۔ اُس کی سطح چکنی ہوتی ہے، لیکن اُس پر متعدد باریک اُبھار، یا حُلیمات (papillæ) پائے جاتے ہیں۔ وہ استوانی سرحلمہ (cylindrical epithelium) سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ اُس کا ہیکل (stroma) غدہ آسا (adenoid) نوعیت کا ہوتا ہے، جس میں کثیر التعداد لمفی جسیمات (lymph corpuscles) موجود ہوتے ہیں، جو بعض اوقات چھوٹی گول گرہکوں (lymph follicles: لمف آسا جرابات) کے طور پر اُبھر آتے ہیں۔ یہ ایک مختلف فیہ مسئلہ ہے کہ آیا یہ جرابات طبعی ہیں یا امراضیاتی (pathological)۔ اِن کے درمیان کے نشیب ہینلے کے غدد (Henle's glands) ہیں۔ کثیر التعداد سرحلمی خانیے (crypts) بھی پائے جاتے ہیں۔

قبوہ کا ملتحمہ (conjunctiva of the fornix) اپنی ساخت میں جفنی ملتحمہ سے مشابہ ہے۔ یہ ایک بہت ڈھیلا ڈہراؤ بناتا ہے، جسکی وجہ سے کُرہُ چشم بہت آزادی کے ساتھ حرکت کرسکتا ہے۔ اِسے عروقِ دمویہ کی رسد بہ کثرت حاصل ہے۔ عروق کی اِس کثرت سے اور اِس کے ڈھیلے پن سے اِس امر کی توضیح ہوتی ہے کہ ملتحمہ کے التہابات میں اِس دہراؤ میں نمایاں ورم کیوں پیدا ہوجاتا ہے۔ دمعی قناتیں (lacrymal ducts) اور مستزاد دمعی غدد (accessory lacrymal glands) ملتحمہ کے اِسی حصے میں کھلتے ہیں۔

ملتحمہ کا بصلی حصہ (bulbar portion of the conjunctiva) پتلا اور شفاف ہوتا ہے، اور کرہُ چشم کی اگلی سطح کو ڈھانکتا ہے۔ یہ اتصالی بافت (بر صُلبیتی بافت: episcleral tissue) کے ذریعہ صلبیہ (sclera) سے ڈھیلے طور پر چسپاں رہتا ہے، بہ استثنائے اُس حاشیہ کے جو قرنیہ اور صلبیہ کی سرحد (limbus: حدِ قرنیہ) بناتا ہے (جہاں یہ مضبوطی سے چپکا ہوا ہوتا ہے)۔

ساخت میں یہ بقیہ ملتحمہ سے مشابہت رکھتا ہے، لیکن اس میں غدد نہیں ہوتے۔ یہ مُطَبَّق (ورقہ دار) فرشی سرِ علمہ (laminated pavement epithelium) سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے، جو قرنیہ پر غیر منقطع طور پر مسلسل چلا جاتا ہے اور اس کی بیرونی تہ بناتا ہے۔ اندرونی ماق (inner canthus) کے قریب یہ ایک ہلالی دہراؤ (plica semilunaris: ثنیۂ ہلالی) بناتا ہے، جو غشائے رامش (nictitating membrane) یعنے ادنیٰ حیوانات کے تیسرے پپوٹے کا باقیماندہ ناقص النمو عضو (rudiment) ہے۔

102 ملتحمہ کی عروقی رسد قبوہ کے عروق دمویہ سے حاصل ہوتی ہے، یعنے مؤخر ملتحمی (posterior conjunctival) سے (جو جفنی palpebral: سے ماخوذ ہے) اور مقدم ہدبی (anterior ciliary) سے۔ آخر الذکر عضلاتِ مستقیمہ (recti) کے ساتھ ساتھ آگے بڑھ کر حدِّ قرنیہ (limbus) کے قریب صلبیہ (sclera) کو چھیدتے اور اندرونِ چشم (interior of the eye) میں داخل ہو جاتے ہیں۔ اِن سے جو شاخیں نکلتی ہیں اُن کا ایک گروہ قرنیہ کے گرد عروقی چھیر (vascular loops) بناتا اور اُسے غذا بہم پہنچاتا ہے، اور دوسرا گروہ (مقدم ملتحمی :anterior conjunctival) ملتحمہ میں پیچھے کی طرف گذرتا اور مؤخر ملتحمی (posterior conjunctival) کیساتھ تفمّم (anastomosis) کرتا ہے۔ یہی ترتیب، مع مؤخر ہدبی شرائین (posterior ciliary arteries) اور شبکیتی نظامِ عروق (retinal system of vessels) کے، آنکھ کا عروقی نظام (vascular system of the eye) بناتی ہے۔ اِسی طرح بصلی ملتحمہ (bulbar conjunctiva) دو عروقی نظام پیش کرتا ہے، یعنے مؤخر ملتحمی (posterior canjunctival) اور مقدم ہدبی (anterior ciliary)۔ کسی خاص حالت

(مریض) میں اشراب (injection) کی نوعیت مقامِ امتلا (seat of congestion) کو معین کرنے میں کسقدر کارآمد ہوتی ہے۔

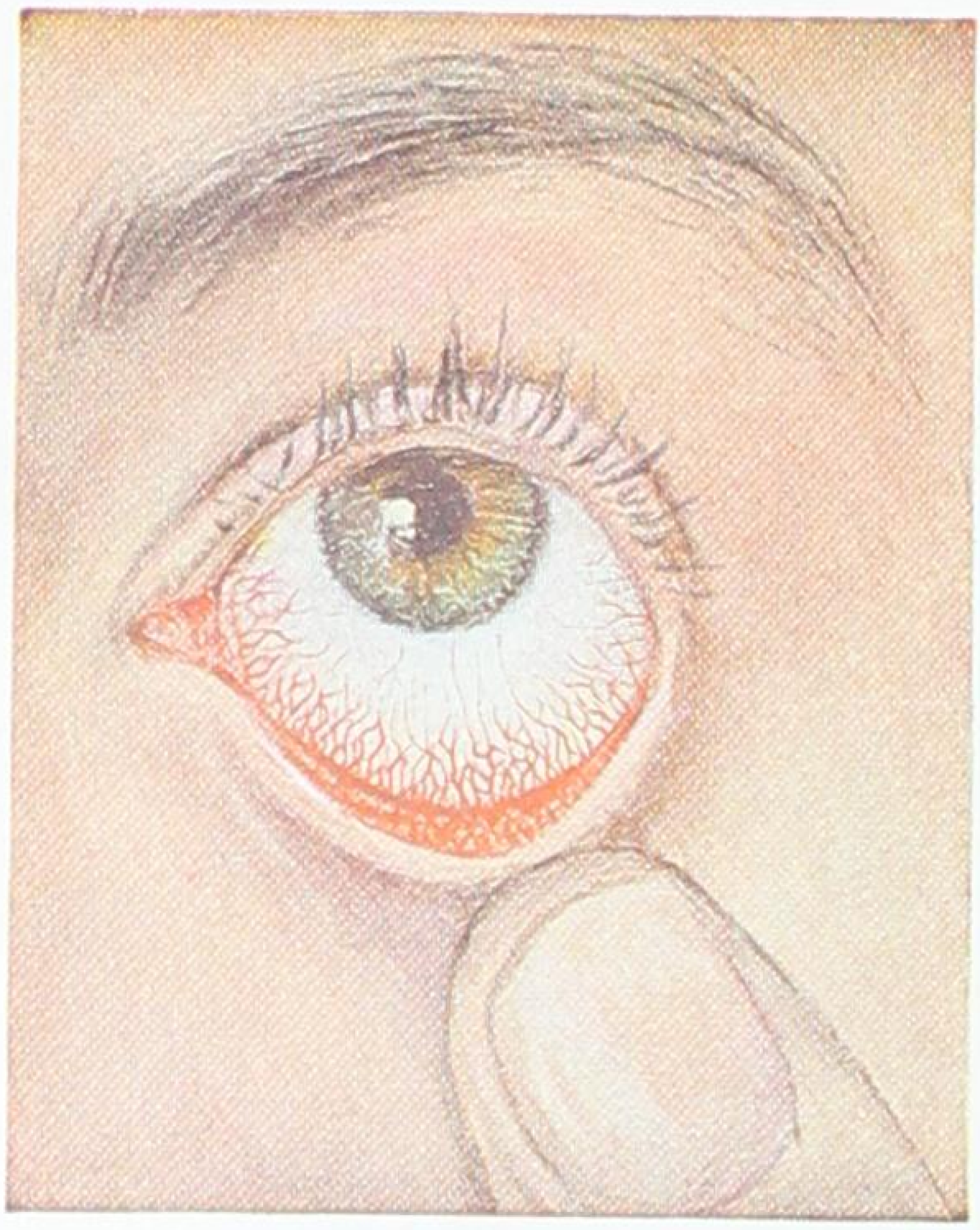
ملتحمہ کے اعصاب (nerves) یعنے عصب پنجم کی شاخیں آزاد سِرے یا لمسی جسیمات (tactile corpuscles) میں ختم ہوتی ہیں، بالخصوص جفنی حصّہ میں۔ لمفی عروق (lymphatic vessels) ملتحمہ میں تعدادِ کثیر میں پائے جاتے ہیں، اور یہ ایک اوپری اور ایک گہری تہ بناتے ہیں۔

ملتحمی اور ہدبی اشراب

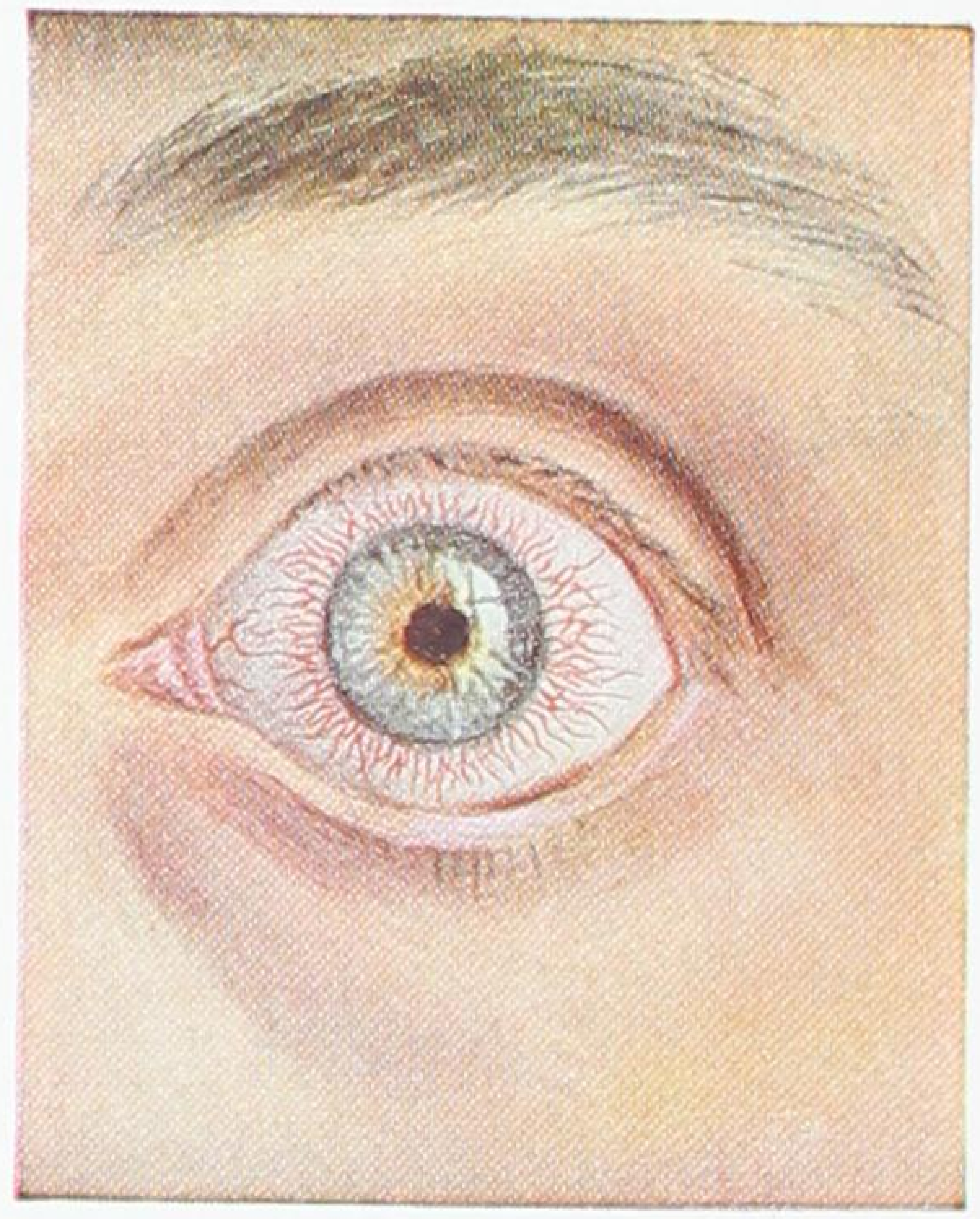
(Conjunctival and Ciliary Injection)

ملتحمی (conjunctival) اور ہدبی (ciliary) یا گردِ قرنیہ اشراب (circumcorneal injection) (اشکال ۱۰۵ تا ۱۰۷، صفحہ ۸) کے درمیان حسب ذیل فروق ہیں:

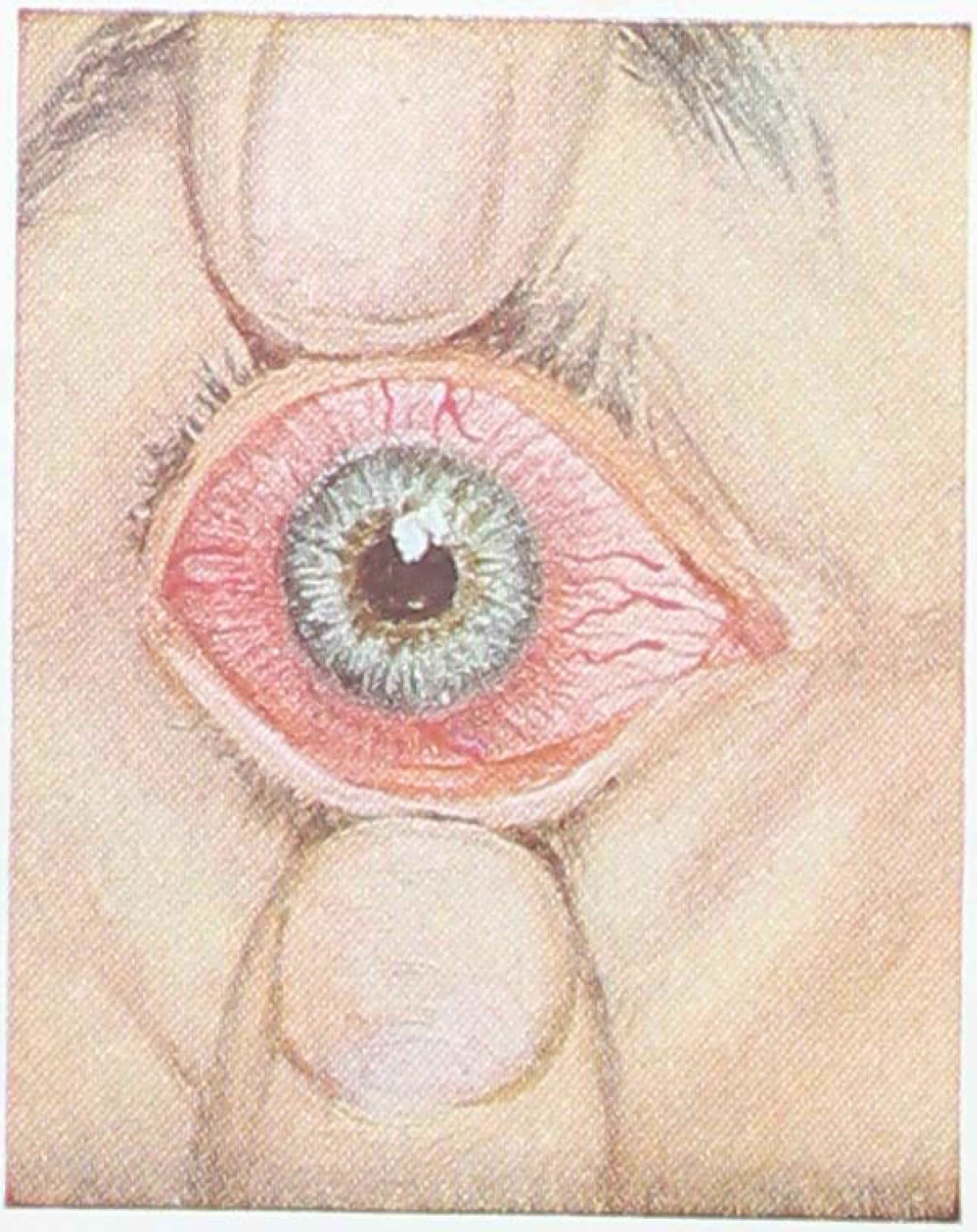
ملتحمی اشراب (Conjunctival Injection)	ہدبی اشراب (Ciliary Injection)
۱- مقدم ملتحمی عروق (posterior conjunctival vessels) سے اخذ ہوتا ہے۔	۱- مقدم ہدبی عروق (anterior ciliary vessels) سے اخذ ہوتا ہے۔
۲- ملتحمہ کے امراض کے ساتھ پایا جاتا ہے۔	۲- قرنیہ، قزحیہ (iris) اور ہدبی جسم (ciliary body) کے امراض کے ساتھ پایا جاتا ہے۔



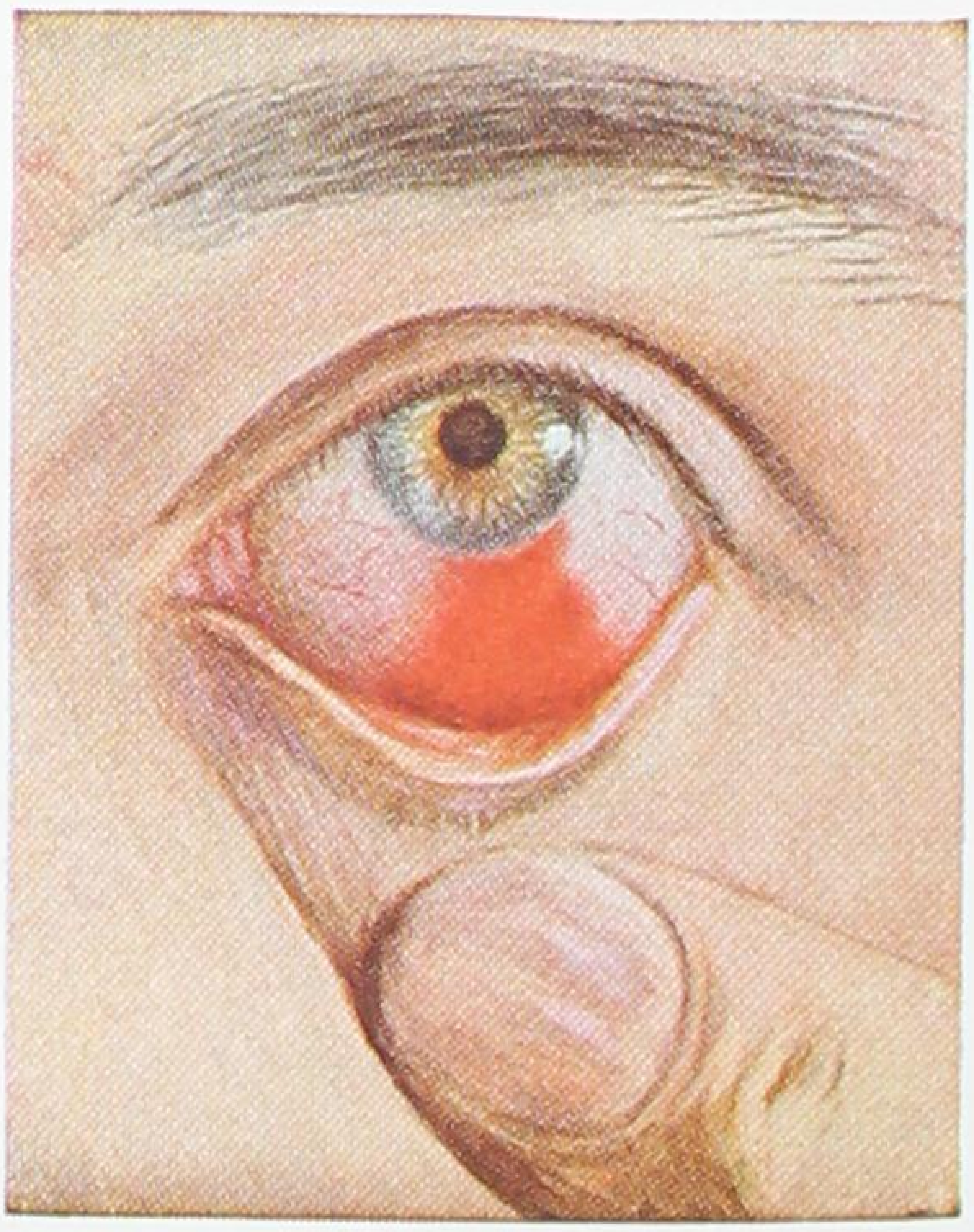
شکل ۱۰۵—ملتحمی اشراب
(Conjunctival injection)



شکل ۱۰۶—ھدبی اشراب
(Ciliary injection)



شکل ۱۰۷—التہاب قزحیہ (Iritis)
جسکے ساتھہ شدید ھدبی اشراب موجود ھے۔
ایٹروپین کے اثر سے پتلی کسیقدر پھیل گئی ھے۔



شکل ۱۰۸—زیرملتحمی نزف
Subconjunctival hæmorrhage

مقابل صفحه ۱۹۶

۳۔ کم و بیش مخاطی ریمی (muco-purulent) یا ریمی (purulent) اخراج (مواد) نکلتا ہے۔	۳۔ اکثر تدمع (اشک ریزی) ہوتا ہے، لیکن کوئی ملتحمی اخراج (مواد) نہیں نکلتا۔
۴۔ قبوۂ ملتحمہ (fornix conjunctivæ) میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔	۴۔ قرنیہ کے بالکل گرداگرد سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے، اسی وجہ سے اسے "گرد قرنیہ" اشراب ("circumcorneal" injection) کہتے ہیں۔
۵۔ جیسے جیسے قرنیہ کے قریب آئیں، بتدریج زائل ہوتا جاتا ہے۔	۵۔ قبوہ کی طرف زائل ہوتا جاتا ہے۔
۶۔ تیز خشتی سُرخ رنگ کا ہوتا ہے۔	۶۔ گلابی یا ارغوانی (lilac) رنگ کا۔
۷۔ موٹے اور پیچدار عروق کے جال سے بنا ہوا ہوتا ہے، جو آزادانہ متفمّم ہوتے ہیں اور اسقدر سطحی واقع ہوتے ہیں کہ جال کے خانے (شبکہ) بآسانی شناخت کئے جا سکتے ہیں۔	۷۔ چھوٹے اور سیدھے عروق سے بنتا ہے، جو اسقدر گہرے واقع ہوتے ہیں کہ انفرادی عروق بہ آسانی شناخت نہیں کئے جا سکتے، مگر باریک سیدھے خطوں کی طرح قرنیہ سے اشعاع کرتے ہوئے (radiating) دھندلے نظر آتے ہیں۔
۸۔ نیچے کے پپوٹے کو دبایا جائے تو ملتحمہ کے ساتھ اسے بھی حرکت	۸۔ ملتحمہ کی حرکت سے اپنی جگہ سے نہیں ہٹایا جا سکتا۔

دیجا سکتی ہے اور ہٹایا جا سکتا ہے۔

103

آنکھ کے اگلے حصہ کے امراض کی شدید شکلوں میں امتلا (congestion) کی یہ دونوں قسمیں اکثر مؤتلف (ساتھ ساتھ) پائی جاتی ہیں۔ درحقیقت ایسا ہونا قرین قیاس بھی ہے، کیونکہ (جیسا کہ اوپر بتلایا گیا ہے) عروق کے دونوں نظام آزادی کے ساتھ باہم متفمّم ہوتے ہیں۔

جب ہدبی اشراب (ciliary injection) بہت نمایاں ہو خاصکر اُسوقت جبکہ وریدی اِمتلا (venous congestion) بہت زیادہ ہو، تو وہ (ہدبی اشراب) بنفشئی رنگ اختیار کر لیتا ہے۔ اشراب کی ایسی ہی ایک قسم کُرہ چشم کے خطِ استوا (equator) اور قرنیہ کے درمیان کی بَرصُلبیتی بافت (episcleral tissue) کو ماؤف کرتی ہے جس میں ایک بنفشئی رنگ کی ایسی چیکیتی [جیسی کہ التہاب صلبیہ (scleritis) اور زرق الماء (glaucoma) میں دیکھنے میں آتی ہے] پائی جاتی ہے، جو گہرائی میں واقع ہوتی ہے۔

التہاب ملتحمہ

(CONJUNCTIVITIS)

ملتحمہ کے التہابات کو التہاب ملتحمہ (conjuuctivitis) یا آرمد (ophthalmia) کہتے ہیں۔ اِس کی حسب ذیل قسمیں ہیں:

ا۔ نازلی (Catarrhal): (الف) حاد (acute)، (ب) مزمن (chronic)، (ج) جرابی (follicular)۔

۲۔ریمی (Purulent): (الف) رَمَدِ نومولود (ophthalmia neonatorum)، (ب) سوزاکی (gonorrhœal)۔

۳۔غشائی (Membranous): (الف) غیرڈفتھیریائی (non-diphtheritic) یا کُروپی (croupous)، (ب) ڈِفتھیریائی (diphtheritic)۔

۴۔دانہ دار (Granular) یا روہے یا گکرے (trachoma: حثر)۔

۵۔نُفَیطی (Phlyctenular)۔

حادنازلتی التہابِ ملتحمہ

(ACUTE CATARRHAL CONJUNCTIVITIS)

یہ ملتحمہ کا حادنازلتی التہاب ہے جسکے ساتھ مخاط نما (mucoid) یا مخاطی ریمی (muco-purulent) مواد خارج ہوتا ہے۔ اِسے حادمخاطی ریمی (acute muco-purulent) اورحادسادہ التہابِ ملتحمہ (acute simple conjunctivitis) بھی کہتے ہیں۔

معروضی علامات (Objective Symptoms)۔ جفنی ملتحمہ (palpebral cojunctiva) اور قبوہ (fornix) کا ملتحمہ، دونوں شوخ سرخ رنگ کے اور متورم ہوجاتے ہیں۔ بصلی ملتحمہ (bulbar conjunctiva) میں خفیف سا امتلا (congestion) ہوتا ہے، لیکن شدید حالتوں میں یہ بہت نمایاں ہوسکتا ہے، اور ممکن ہے کہ اِسکے ساتھ بصلی ملتحمہ کا تہیج (chemosis)، چھوٹے ملتحمی نزفات (hæmorrhages)،

اور پپوٹوں کا تہیج بھی ہو۔ افراز، جو مقدار میں زیادہ اور اپنی نوعیت میں بدلا ہوا ہوتا ہے، شدتِ مرض کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ خفیف حالتوں میں وہ مخاط نما (mucoid) ہوتا ہے۔ نسبتہً زیادہ شدید صورتوں میں مخاطی ریمی (muco-purulent) ہوتا ہے۔ نہایت نمایاں مثالوں (حالتوں) میں پیپ کی مقدار اسقدر زیادہ ہوتی ہے کہ ایک دو دن تک یہ شبہ رہتا ہے کہ کہیں یہ مرض ایک ریمی التہاب کی ابتدا تو نہیں، رات کے وقت افراز جمع ہوتا ہے، اور نیند میں پپوٹوں کی کوروں پر خشک ہو جاتا ہے۔ 104

موضوعی علامات (Subjective Symptoms)۔ کھجلی اور ٹیس یا جلن کے احساسات، جو پپوٹوں میں معلوم ہوتے ہیں۔ پپوٹے گرم اور بھاری معلوم ہوتے ہیں اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ گویا اُن کے نیچے ریت یا کوئی جسمِ غریب (foreign body) موجود ہے۔ کم و بیش نور ترسی (photophobia) موجود ہوتی ہے۔ جب تبدیل شدہ افراز قرنیہ پر واقع ہوتا ہے تو بصارت میں کسیقدر دھندلاپن بھی ہو سکتا ہے۔ عموماً شام کے وقت علامات میں زیادہ شدت پائی جاتی ہے۔ التہاب کے درجہ کے لحاظ سے علامات کی شدت مختلف ہوتی ہے۔

عمر (Course)۔ ممکن ہے کہ مریض شائد دو یا تین ہفتوں میں، علاج کے بغیر بھی، صحتیاب ہو جائے۔ بعض اوقات حاد علامات کم ہو کر ایک مزمن نازلتی التہاب ملتحمہ باقی رہ جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ جفنی التہاب (blepharitis) بھی موجود ہو۔ شدید حالتوں میں قرنیہ کے حاشیہ پر چھوٹی چھوٹی رمادی مائل رنگ کی دریزشیں (infiltrations)



شکل ۱۰۹—سوزاکی نبقہ
(Gonococcus)



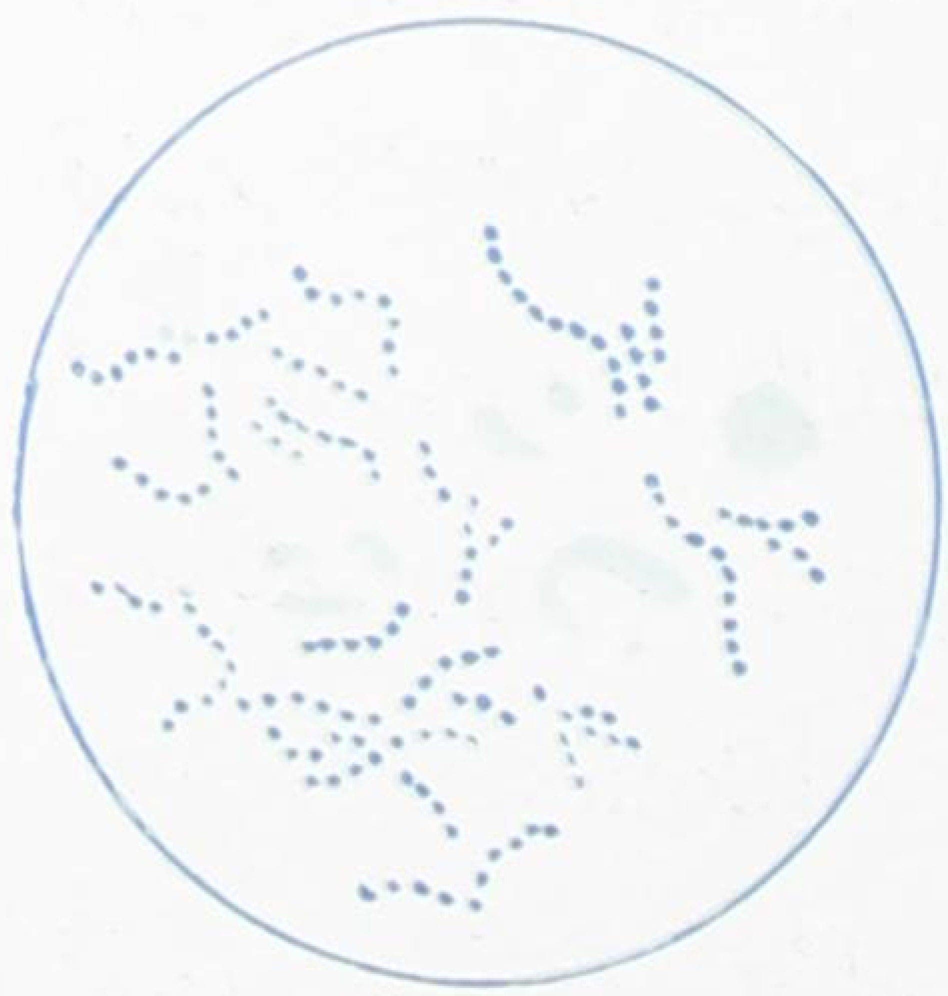
شکل ۱۱۰—ریوی نبقہ
(Pneumococcus)



شکل ۱۱۱—کاخ ویکس کا عصیہ
(Koch-Weeks bacillus)



شکل ۱۱۲—موریکس ایکسن فیلڈ مزدوج عصیہ



شکل ۱۱۳—نبقۂ سبحیہ
(Streptococcus)



شکل ۱۱۴—ڈفتھیریائی عصیہ
(Diphtheria bacillus)

شکل ۱۰۹ تا ۱۱۴—دقیق عضوے جو مختلف اقسام کے ملتحمی دمعی اور قرنیتی امراض میں پائے جاتے ھیں ۔

پیدا ہوجاتی ہیں۔ اِن میں سے کئی دریز شوں کے تضام (باہم ملجانے) سے ایک حاشیئی قرحہ (marginal ulcer) بن سکتا ہے، جو عموماً کوئی اہمیت نہیں رکھتا۔ یہ قرحہ سطحی ہوتا ہے اور جلد اچھا ہوجاتا ہے، لیکن کبھی کبھی گہرا ہوکر خطرناک ہوجاتا ہے۔ شاذ صورتوں میں التہابِ قزحیہ (iritis) بطور ایک پیچیدگی کے واقع ہوجاتا ہے۔

اسباب۔ یہ مرض ہر عمر میں اور سال کے ہر موسم میں واقع ہوتا ہے، لیکن موسمِ بہار اور خزاں میں نہایت عام ہوتا ہے۔ اِس کے اسباب حسبِ ذیل تقسیم کیئے جاسکتے ہیں: (۱) میکانی — اجسامِ غریبہ (foreign bodies)، تیز ہوا، گرد و غبار، دھوئیں وغیرہ میں تکشّف۔ (۲) وبائی — موسمِ بہار اور خزاں میں، اور کرۂ ہوائی کی کسی حالت (بعض خُرد عضویوں :micro-organisms کی موجودگی) کی وجہ سے۔ (۳) سرایت (infection) — امراض میں مبتلا مریضوں کی اُنگلیوں، تولیوں، رومالوں وغیرہ کے تماس[1] (چھونے) کی وجہ سے۔ اِس مرض کا مواد متعدی ہوتا ہے، بالخصوص اُس وقت جبکہ وہ بکثرت بہ رہا ہو اور اُس میں زیادہ پیپ موجود ہو۔ اسی وجہ سے اکثر اِس مرض کی متعدد مثالیں ایک ہی گھر یا مدرسہ میں پائی جاتی ہیں۔ (۴) امراضِ طفحیہ (exanthemata)، کھسرا (measles)، قرمزیہ (scarlatina)، اور چیچک کے ساتھ ساتھ یا بعد۔ (۵) زکام (coryza)، تپِ کاہی (hay fever) اور انفلوئنزا کے ساتھ مؤتلف[2]۔

---

[1] contact: تماس۔　[2] associated: مؤتلف۔

سریری اقسام (Clinical Varieties) - اِس مرض کی بعض قسمیں ایسے اسمائے صفات سے متعین اور ممیز کی جاتی ہیں، جو اُن کی تسبیب (ætiology) ظاہر کرتے ہیں۔

ضربی اِلتہابِ ملتحمہ (Traumatic Conjunctivitis) کے نام سے اکثر اُس حادنازلتی التہابِ ملتحمہ کو موسوم کیا جاتا ہے، جو کسی جسمِ غریب (foreign body) کی موجودگی کے باعث یا ضربہ (traumatism) کی وجہ سے پیدا ہوگیا ہو۔ اِس عنوان کے تحت التہابِ ملتحمہ کی وہ قسمیں بھی شامل ہیں جو تیز روشنی کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ مثلاً برقی قوسی روشنی (electric arc light) سے، یا اُس روشنی سے جو برقی تپا جوڑنے (electric welding) میں استعمال کی جاتی ہے، یا اُس سے جو برف سے انعکاس ہو کر پیدا ہو جاتی ہے (snow blindness: بَرف کوری)۔ ایسی حالتوں میں التہابِ ملتحمہ کے علامات موجود ہوتے ہیں۔ علاوہ ازیں نمایاں نور ترسی (photophobia) تدمّع (اشک ریزی)، پپوٹوں میں شدید کھٹک، پتلی کا سکڑ جانا (انقباض)، اور بعض اوقات پپوٹوں کا تہبّج (اُذیما) اور قرنیہ کا سطحی تقرّح (superficial ulceration) ۔

105

دمعی اِلتہابِ ملتحمہ (Lacrymal Conjunctivitis) (شکل ۶۳، صفحہ ۷) التہابِ تاچۂ دمعی (dacryocystitis) کے ساتھ واقع ہوتا ہے۔ دمعی التہابِ ملتحمہ اکثر اوقات جفنی اور عینی ملتحمہ کے اندرونی ایک ثلث حصہ تک محدود رہتا ہے۔ وہ مُلتہب تاچۂ دمعی (lacrymal sac) سے آئے ہوئے ریمی افراز کی وجہ سے پیدا

ہو جاتا ہے، جس میں اسٹرپٹوکاکائی (streptococci : نبقاتِ سبحیہ) موجود ہوتے ہیں (شکل ۱۱۳، صحفہ ۹)۔

طفحی التہابِ ملتحمہ (Exanthematous Conjunctivitis)

طفحی تپوں (exanthemata) کے ساتھ موتلف ہوتا ہے اور نہایت عام طور پر کھسرا (measles) میں دیکھا جاتا ہے۔

حاد وبائی التہاب ملتحمہ (Acute Epidemic Conjunctivitis) عام طور پر "آشوب" ("blight") یا "آشوبِ چشم" ("pink eye") کے نام سے مشہور ہے۔ یہ حاد نازلی التہابِ ملتحمہ (acute catarrhal conjunctivitis) کی ایک نہایت متعدی قسم ہے جو اکثر و بیشتر موسمِ بہار اور خزاں میں واقع ہوتی ہے، اور جس میں علامات بہت نمایاں ہوتے ہیں اور مواد بہ کثرت خارج ہوتا ہے۔ متعدی عنصر کاخ ویکس کا عصیّہ (Kock-Weeks bacillus) (شکل ۱۱۱، صحفہ ۹) یا نیوموکاکس (pneumococcus) (شکل ۱۱۰، صحفہ ۹) ہوتا ہے۔ یہ وہ قسم ہے جو بارہا ایسے شدید معروضی[1] علامات (جن میں پپوٹوں کا ورم اور سرخی اور بکثرت مواد خارج ہونا شامل ہے) پیدا کر دیتی ہے کہ جس سے معالج کو تذبذب ہوتا ہے کہ آیا یہ مرضِ التہابِ ملتحمہ کی نازلی (catarrhal) قسم ہے یا ریمی (purulent) قسم؟ اسی واسطے جب ایسی شدید حالتوں کے علاج کے لئے (طبیب کو) بلایا جائے تو قرینِ مصلحت یہ ہے کہ پہلے مریض کے ملتحمی افراز کی ایک آلود (smear) کا خوردبین کے نیچے امتحان

---

[1] objective symptoms: معروضی علامات۔

کرلیا جائے اور مسبّب مرض عضویہ (responsible organism) شناخت ہوجانے کے بعد ہی سرایت کی اصلی نوعیت کے متعلق قطعی فیصلہ کیا جائے۔

موریکس اَیکسن فیلڈ مزدوج عصیّہ (Morax-Axenfeld Diplo-bacillus) (شکل ۱۱۲، صفحہ ۹) ایک تحت الحاد التہاب ملتحمہ (subacute conjunctivitis) (زاویئی التہاب ملتحمہ angular conjunctivitis:) پیدا کردیتا ہے جو جوانوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ یہ جلد ہی مزمن صورت اختیار کرلیتا ہے۔

حادنازلتی التہاب ملتحمہ کی دوسری سریری (clinical) اقسام کی جماعت بندی اُس دقیق عضویہ کے لحاظ سے کی گئی ہے جو مُسبّب التہاب معلوم ہوتا ہے۔ ایک قسم میں جو سریری لحاظ سے حادوبائی التہاب ملتحمہ (acute epidemic conjunctivitis) سے مشابہ ہوتی ہے، ایسا مواد خارج ہوتا ہے جس میں بہ کثرت نیوموکاکائی (pneumococci: ریوی نبقات) (شکل ۱۱۰، صحفہ ۹) پائے جاتے ہیں۔ ایک دوسری قسم میں اِسٹرپٹوکاکائی (streptococci: نبقاتِ سبحیہ) (شکل ۱۱۳، صحفہ ۹) معتدبہ تعداد میں ملتے ہیں۔ چونکہ طبعی ملتحمی تاچہ میں بھی اِسٹیفیلوکاکائی (staphylococci: نبقاتِ عنبیہ) زیروسس بیسی لائی (xerosis bacilli: جفونی عصیات) اور ایسے ڈپلوکاکائی (diplococci: دونبقیے) جو شکل میں نیوموکاکائی (pneumococci: ریوی نبقات) سے مشابہ ہوتے ہیں، عموماً موجود رہتے ہیں کہ لہذا التہاب ملتحمہ کے سریری اقسام کی جماعت بندی جرثومیاتی امتحان کے نتائج کے لحاظ سے کرنا مشکل ہے۔

106

جرابی التہابِ ملتحمہ (Follicular Conjunctivitis)

کو بعض ماہرین حاد نازلتی التہاب ملتحمہ (acute catarrhal conjunctivitis) کی ایک قسم خیال کرتے ہیں۔ اِسے علیحدہ بیان کیا جائے گا۔

علاج۔ اگرچہ یہ مرض کسی مداخلت کے بغیر بھی بالآخر اچھا ہوجانے کا رجحان رکھتا ہے، تاہم علاج سے اِس کی مُدّت کم ہوجاتی ہے، اور یہ مزمن التہابِ ملتحمہ کی صورت نہیں اختیار کرنے پاتا۔ محلولِ نمک (ایک ڈرام فی پائنٹ)(3i.to Oi) (salt solution)، یا بورک ایسڈ کے سیر شدہ محلول (saturated solution of boric acid) یا پرکلورائڈ آف مرکیوری کے غسول سے (perchloride of mercury lotion) (۲۰،۰۰۰ میں ایک سے بہ تدریج بڑھا کر ۱۰،۰۰۰ میں ایک کردیا جائے) ملتحمی تاچہ کا روزانہ کئی بار نطول (irrigation) کیا جائے۔ جب چپکنا (چکلا) مواد بکثرت نکلتا ہو تو گرم ہائڈروجن پرآکسائڈ (۱ تا ۲ حجم) کے غسول کے نطول کا استعمال نفع بخش ہوسکتا ہے۔ رات کے وقت پپوٹوں کی کوروں پر ایک ملطف مرہم (bland ointment) (ویسلین یا بورک ایسڈ کا مرہم) لگایا جائے تاکہ سونے میں وہ باہم چپکنے نہ پائیں۔ جبتک مواد بکثرت نکلتا رہے، پپوٹوں کو اُلٹ کراُن کے ملتحمہ پر پروٹارگال (protargol) یا آرجیرال (argyrol) کا دس فیصدی محلول روزانہ لگایا جاسکتا ہے۔ مریض کو آگاہ اور متنبہ کردینا چاہیئے کہ اِس مرض کا مواد متعدی ہوتا ہے۔

اگر مرض کے دیرپا (obstinate: عُضال) یا مزمن ہونے کا

رجحان نظر آئے تو ہلکے حابس محلولات (astringent solutions) مثلاً ایلم یعنے پھٹکری، زنک کلورائڈ یا زنک سلفیٹ ½ گرین فی اونس، داعیۂ علاج ہیں، اور اِس کے ساتھ ساتھ یہ بھی کیا جائے کہ کبھی کبھی سلورنائیٹریٹ کا ایک فی صدی محلول (1 per cent. silver nitrate solution) یا پھٹکری کا قلم (alum-stick) پپوٹوں کو اُلٹ کر اُن پر لگا دیا جائے۔

مزمن نازلتی التہابِ ملتحمہ

(CHRONIC CATARRHAL CONJUNCTIVITIS)

یہ ملتحمہ کا ایک مزمن التہاب ہے، جس میں ویسے ہی علامات پائے جاتے ہیں جیسے کہ حاد قسم میں ملتے ہیں، مگر اِن کے ساتھ طبعی افراز کی مقدار اور نوعیت میں محض خفیف سے تغیرات موجود ہوتے ہیں۔ یہ مزمن سادہ التہابِ ملتحمہ (chronic simple conjunctivitis) کے نام سے بھی موسوم ہے۔

معروضی علامات (Objective Symptoms)۔ پپوٹوں کا ملتحمہ سرخ اور چکنا ہوتا ہے۔ کہنہ حالتوں میں وہ بیش پروردہ (متضخم) اور مخملی ہو سکتا ہے۔ افراز میں عموماً محض خفیف سا تغیر پایا جاتا ہے، اور اُس کی مقدار میں بہت کم زیادتی ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ وہ اِتنا ہو کہ صبح کے وقت پپوٹوں کو چپکا دینے کے لیئے یا اندرونی ماق (گوشۂ چشم) پر کسیقدر خشک افراز (کیچڑ۔ چیپڑ) جما دینے کے لیئے کافی ہو۔ بیرونی زاویۂ چشم میں کسیقدر اِنسحاج یعنے پوست کنی (excoriation)

ہونے کا امکان ہے (angular catarrh: زاویئی نازلت) بعض حالتوں میں افرازِ طبعی مقدار سے بھی کم معلوم ہوتا ہے (dry catarrh: یابس نازلت نزلۂ یابس)۔

موضوعی علامات (Subjective Symptoms) اُسی قسم کے ہوتے ہیں جیسے کہ حاد صورت میں پائے جاتے ہیں: کھُجلی، جلن، خشکی، ریت یا جسمِ غریب کا احساس (کھٹک)، پپوٹوں میں بھاری پن کا احساس، روشنی کی کسی قدر حسّاسیت، اور آنکھوں کا جلد تھک جانا۔ یہ علامات رات کے وقت اور زیادہ شدید ہو جاتے ہیں۔

عمر۔ امراضِ چشم میں غالباً سب سے زیادہ عام یہی مرض ہے۔ یہ عموماً بالغوں میں اور کبھی کبھی بوڑھوں میں واقع ہوتا ہے۔ اِس کے طویل المدّت ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔

پیچیدگیاں (Complications)۔ جفنی التہاب (blepharitis) اکثر پایا جاتا ہے۔ نیچے کے پپوٹے میں ایکزیما اور تحتانی نقطۂ دمعی (inferior punctum) کی بروں گردیدگی (eversion) کا وقوع شاذ نہیں، اور بعض اوقات شترۂ خارجی (ectropion) اور تقرّحِ قرنیہ (corneal ulceration) بھی ہو جاتا ہے۔

بحث اسباب۔ ممکن ہے کہ یہ حاد نازلت (acute catarrh) کا نتیجہ ہو۔ قرب و جوار کی صفائی کی ادنیٰ حالت (نامناسب اور غیر صحّی ماحول)، گندہ ہوا (ہجوم وازدحام)، خراش آور ہوا (دھواں اور گرد و غبار)، ناکافی نیند، دیر سے سونا اور صبح سویرے اُٹھنا، کثرتِ شراب نوشی، شترۂ خارجی (ectropion) میں ملتحمہ کا کھلا رہنا، تعبِ چشم (eye-strain)

یعنے آنکھ پر زیادہ زور یا بار پڑنا، کثرت استعمال، مقامی خراش، مثلاً شعر منقلب یا انتکاس الاہداب (trichiasis)، مزمن التہاب تاجۂ دمعی (chronic dacryocystitis) وغیرہ، اِن سب کی وجہ سے مزمن نازلتی التہاب ملتحمہ پیدا ہو سکتا ہے۔ یہ عموماً دوجانبی ہوتا ہے، لیکن جب مقامی مخدشات (local irritants) کے اثر سے ہو تو ممکن ہے کہ یک جانبی ہو۔

علاج۔ التہاب کے سبب کو دور کرنے کی کوشش کرنی چاہیے۔ مقامی طور پر حابس محلولات (astringent solutions) [زنک (جست)، بوریکس (سہاگہ)، ایلم (پھٹکری)، ٹینک ایسڈ (حامض العفص)، سلور نائٹریٹ $\frac{1}{10}$ یا $\frac{1}{5}$ گرین فی ڈرام]۔ ییلو آکسائڈ (yellow oxide) اور امونیئیٹیڈ مرکیوری (ammoniated mercury) کے مرہم۔ سلور نائٹریٹ ایک فیصدی پپوٹوں کو اُلٹ کر اُن پر ہفتہ میں ایک بار برش سے (پھریری کے طور پر) لگایا جائے یا کبھی کبھی پھٹکری (ایلم) یا توتیائے سبز کا قلم (sulphate of copper stick) استعمال کیا جائے۔ پپوٹوں کی کوروں پر رات کے وقت مُلطِّف مرہم (bland ointments) لگائے جائیں، تاکہ وہ باہم چپکنے نہ پائیں اور اُن میں انسحاجات (excoriations: پوست کنی) نہ پیدا ہوں۔ جیساکہ دوسرے تمام مزمن نازلتی امراض میں کیا جاتا ہے، مزمن نازلتی التہاب ملتحمہ میں بھی ادویہ کو وقتاً فوقتاً بدلتے رہنا چاہیے۔

ملتحمی تحجیدات (Conjunctival Concretions). بعض اوقات دیکھنے میں آتی ہیں، بالخصوص بوڑھے اشخاص میں۔ یہ ملتحمہ کے نیچے چھوٹے چھوٹے چمکدار زردی مائل یا سفیدی مائل نقطوں کی طرح نظر آتی ہیں۔ در اصل یہ

108

ملتحمہ کے نالی نما نشیبوں (غددِ ہیل: Heal's glands) کے اندر کے وہ اجتماعات ہیں جو نشاآسا (amyloid) مادّے اور قلموں سے بنتے ہیں۔ اِس حالت کو بعض اوقات حصاتیتِ ملتحمہ (lithiasis conjunctivæ) کہتے ہیں، مگر اِن تجمیدات (جماؤں) میں کیلسیئم نہیں موجود ہوتا۔ بعض اوقات یہ سطح میں سے اوپر اُبھر آتی ہیں اور اجسامِ غریبہ (foreign bodies) کی طرح حائل ہوکر تکلیف پیدا کر دیتی ہیں۔ ایسی صورت میں سطحی بے حسی پیدا کرنے کے بعد انھیں سوئی یا چاقو کی نوک سے اُٹھا کر نکال دینا چاہیئے۔

زاویئی التہابِ ملتحمہ (Angular Conjunctivitis)

ایک تحت الحاد یا مزمن التہاب ہے، جو موریکس ایکسن فیلڈ کے مزدوج عُصَیّہ (Morax-Axenfeld diplo-bacillus) کے سبب سے پیدا ہوتا ہے اور عموماً جوانوں میں ہوا کرتا ہے۔ جفنی ملتحمہ اور جفنی حاشیئے سرخ اور متورم ہوجاتے ہیں، بالخصوص زاویوں کے مقام پر (اِسی واسطے اِس مرض کو زاویئی التہاب کے نام سے منسوب کیا گیا ہے)۔ مریض سوزش، کھجلی اور آنکھ میں ریت جیسے احساس (کھٹک) کی شکایت کرتا ہے۔ صبح اُٹھنے پر ممکن ہے کہ تھوڑے چکٹ مواد سے پلکیں باہم چپکی ہوئی ہوں۔ زنک سلفیٹ (zinc sulphate) (۱ تا ۲ گرین فی اونس) یا زِنک کلورائیڈ (zinc chloride) (½ گرین فی اونس) کے قطور یا چشم شوئے (collyria) اِس مرض کے لئے تقریباً ایک خاص یا شافی دوا (specific) کا حکم رکھتے ہیں۔ عضال مزمن حالتوں (obstinate chronic cases) میں مندرجۂ ذیل ایک مفید نسخہ ہے: ہائڈرارج آکسی سیانائٹڈ

(hydrarg.oxycyanid.) ½ اگرین، زنک سلفیٹ ۱ اگرین، آب کشیدہ (aq.distil.) ۲۰ اونس۔ اِسے ایک مغسل چشم (eye-bath) کے اندر روزانہ تین یا چار بار استعمال کریں۔

قطور یا چشم شوئے (Collyria)۔ اِن کے استعمال کے مناسب طریقوں کے متعلق ملاحظہ ہو صفحہ 455- اِن سے واقف ہونا ضروری ہے، کیونکہ ملتحمی امراض کے علاج میں ناکامی کا سبب اکثر یہی ہوتا ہے کہ ان ادویہ کو مناسب طریقہ سے نہیں استعمال کیا جاتا۔

جرابی التہابِ ملتحمہ

(Follicular Conjunctivitis)

اِس مرض کو، جو جرابی نازلت (follicular catarrh) کے نام سے بھی مشہور ہے، نازلتی التہابِ ملتحمہ (catarrhal conjunctivitis) کی ایک دیرپا اور دشوار علاج قسم شمار کیا جا سکتا ہے، جس میں نیچے کے پپوٹے پر 'جرابات' ('follicles') پائے جاتے ہیں (شکل ۱۱۹ صفحہ ۱۰)-

معروضی علامات (Objective Symptoms)- اُن ظواہر کے علاوہ جو نازلتی التہابِ ملتحمہ میں پائے جاتے ہیں، نیچے کے پپوٹے کے ملتحمہ پر مختلف التعداد چھوٹے چھوٹے، پھیکے پیلے رنگ کے گول دانے موجود ہوتے ہیں۔ یہ تقریباً ایک الپین کے سر کے برابر ہوتے ہیں۔ اگر یہ بہت سے ہوتے ہیں تو قطاروں میں مُرتّب پائے جاتے ہیں۔ یہ قبوہ (fornix) میں یا اُس کے نزدیک نہایت کثرت سے ہوتے ہیں۔ کبھی کبھی اوپر کے پپوٹے میں بھی چند دانے پائے جاتے ہیں۔ یہ جرابات غدہ آسا بافت

(adenoid tissue) کے چھوٹے چھوٹے تودوں پر مشتمل ہوتے ہیں، چنانچہ اِس خصوص میں اِن کا خردبینی منظر حثر (trachoma) یعنے کگروں یا روہوں کے منظر سے مشابہ ہوتا ہے۔

موضوعی علامات (Subjective Symptoms) نازلتی التہاب ملتحمہ (catarrhal conjunctivitis) کے علامات سے مماثل ہوتے ہیں۔ بہت سی حالتوں میں مریض کسی علامت کی شکایت نہیں کرتے، اور دانوں کی موجودگی کا انکشاف محض اتفاقی طور پر ہوتا ہے۔

قمر۔ یہ مرض حاد یا مزمن ہوسکتا ہے۔ بہرصورت اِس کا قمر عضال (obstinate) یعنے دیرپا اور دشوار علاج ہوتا ہے۔ مزمن حالتوں میں ممکن ہے کہ یہ جرابات (دانے) مہینوں بلکہ برسوں قائم رہیں، بعض اوقات، بالخصوص حاد حالتوں میں، جرابی نازلت (follicular catarrh) اور حُبَیبی (حثری) التہاب ملتحمہ (granular conjunctivitis) میں فرق کرنا مشکل ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ ہمیں قطعی طور پر فیصلہ کرنیکے لیئے کئی ہفتوں کے علاج کے نتیجہ کا انتظار کرنا پڑے۔ اِس مرض میں جرابات (دانے) تھوڑی مدت کے بعد غائب ہوجاتے ہیں جس کے بعد ملتحمہ طبعی حالت پر پایا جاتا ہے، علاوہ ازیں یہ جرابات (دانے) بالخصوص نیچے کے پپوٹے کو ماؤف کرتے ہیں۔ بخلاف اِس کے حثر (trachoma) یعنے کگروں میں ملتحمہ میں مستقل اور دائمی تغیرات واقع ہوتے ہیں، اور جب دانے صرف ایک ہی پپوٹے میں محدود ہوتے ہیں تو عموماً اوپر کا پپوٹا ہی ماؤف ہوتا ہے۔

بحث اسباب۔ یہ مرض اکثر و بیشتر بچوں اور نوعمروں میں ہوتا ہے۔ اکثر اوقات یہ مدارس اور مآمن (asylums) میں پایا جاتا ہے۔

اِس کا حقیقی سبب یقینی طور پر معلوم نہیں۔ بعض حالتوں میں تعدیہ (contagion) اِس کا باعث معلوم ہوتا ہے۔ غیر صحت بخش ماحول اور خاصکر خانہ نشینی کی زندگی، اِس کے اسبابِ مُعِدّہ (predisposing causes) معلوم ہوتے ہیں۔ نازلتی التہابِ ملتحمہ (catarrhal conjunctivitis) کے مختلف اسباب اس کے لئے اسبابِ محرک کا کام دیتے ہیں، اور ایٹروپین (atropine) اور ایسیرین (eserine) کا اثر بھی ایسا ہی ہوتا ہے۔

علاج ۔ اِس کا علاج وہی ہے جو حاد اور مزمن نازلتی التہابِ ملتحمہ کے لئے درج کیا گیا ہے۔ عمومی صحت میں اگر کوئی خلل ہو تو اُسکی اصلاح کرکے ایسے بچوں کو بہترین صحتی ماحول میں رکھنا بالخصوص اہم اور ضروری ہے۔ مقامی طور پر ملتحمی تاچہ (conjunctival sac) میں یلوآکسائڈ آف مرکیوری (yellow oxide of mercury) کا مرہم لگانا ایک پسندیدہ علاج ہے۔ نائٹریٹ آف سلور کے ایک فیصدی محلول کا گاہے گاہے استعمال بھی کارآمد ہوسکتا ہے۔ جب مریض کو کسی علامت کی شکایت نہ رہے گر جرابات (دانے) پھر بھی باقی رہیں تو اب اُن کو اسی طرح سے رہنے دینا چاہیئے اور علاج موقوف کردینا چاہیئے۔

ریمی التہابِ ملتحمہ

110

یہ حاد ریمی (پیپ دار) التہاب ہے، جو سوزاک کی قشنب (gonorrhœal virus) کے تعدیہ کے سبب سے پیدا ہوجاتا ہے۔ متعدی عناصر گانوکاکائی (gonococci: سوزاک کی نبقات) ہیں (Neisser)۔

یہ نبقات سوزاکی افراز میں موجود ہوتے ہیں، ریمی خلیات (pus-cells) اور ملتحمی سرحلیہ (conjunctival epithelium) میں پائے جاتے ہیں، اور دو دو کی جوڑوں (diplococci: دونبقیہ) میں مرتب، اور عام طور پر نوآبادیات (colonies) کی صورت میں واقع ہوتے ہیں (شکل ۱۰۹، صفحہ ۹)۔ اِس مرض کو ملتحمہ کا حاد مخاطی جریان (acute blennorrhœa of the conjunctiva) بھی کہتے ہیں

سریری اقسام (۱) بالغی ریمی التہابِ ملتحمہ (adult purulent conjunctivitis)، یا رمدِ سوزاکی یا سوزاکی التہابِ ملتحمہ (gonorrhœal ophthalmia or conjunctivitis) - (۲) رضیعی ریمی التہابِ ملتحمہ (infantile purulent conjunctivitis) یا رمدِ نومولود (ophthalmia neonatorum) جو نوزائیدہ بچوں میں واقع ہوتا ہے

رمدِ سوزاکی یا بالغی ریمی التہابِ ملتحمہ

(Gonorrhœal Ophthalmia or Adult Purulent Conjunctivitis)

علامات - پہلا درجہ، درریزش - ایک زمانہ حضانت کے بعد جو چند گھنٹوں سے لیکر دو یا تین دن کی مدت کا (شدید حالتوں میں اور بھی کم) ہوتا ہے، پپوٹوں میں بہت ورم اور سرخی پیدا ہوجاتی ہے جس کی وجہ سے وہ بالارادہ کھولے تک نہیں جاسکتے اور بدقت تمام ایک دوسرے سے جدا کیئے جاسکتے ہیں۔ پپوٹوں اور قبوہ (fronix) کا ملتحمہ نہایت متورم، سرخ، اور ناہموار ہوجاتا ہے۔ عینی ملتحمہ میں تہیج

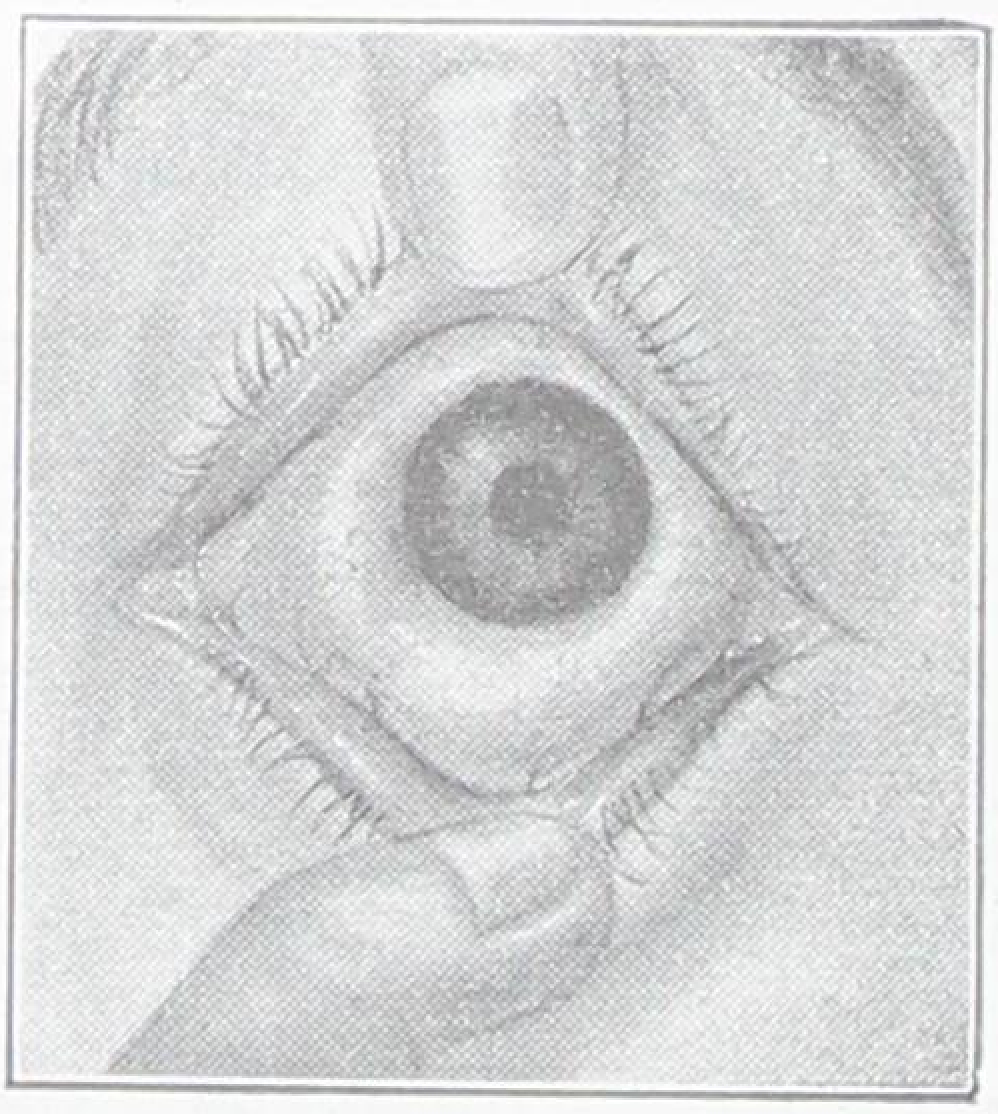
(chemosis) ہوجاتا ہے جس کی وجہ سے وہ قرنیہ کے گرداگرد پھول جاتا ہے۔ افراز ابتداءً مصلی (serous) کسی قدر خون آلود اور قدرے پیپ دار ہوتا ہے۔ آنکھ کو چھونے سے اُس میں درد ہوتا ہے۔ مریض کو آنکھ میں درد، جلن اور گرمی کا احساس ہوتا ہے اور اُس کی بھوؤں اور کنپٹی میں دھیما مستمر درد (dull aching pain) ہوتا ہے۔ کسی قدر بنیئی اختلال (constitutional disturbance)، خفیف سی تپ، اور پیش اُذنی غدہ (pre-auricular gland) کا کچھ ورم بھی ہوجاتا ہے۔ یہ درجہ تقریباً دو روز تک رہتا ہے اور اس کے بعد دوسرا درجہ شروع ہوتا ہے۔

دوسرا درجہ، ریمی مواد کا درجہ (The Stage of Purulent Discharge) ہے۔ پپوٹوں اور ملتحمہ کا ورم اور تہیج (chemosis) کم ہوجاتا ہے اور آنکھ نسبتہً کم الیم (tender) ہوجاتی ہے۔ نہایت کثیر المقدار اور ریمی مواد ظاہر ہوکر پپوٹوں کے درمیان سے مسلسل نکلتا رہتا ہے۔ یہ حالت دو تین ہفتوں تک جاری رہتی ہے، اور تمام علامات بتدریج کم ہوتے جاتے ہیں۔

تیسرا درجہ، نقیہیت (Convalescence)، یا حُلیمی ورم (Papillary Swelling) کا ہے۔ ممکن ہے کہ دو تین ہفتوں میں آنکھ اپنی معمولی حالت پر آجائے، مگر زیادہ اکثر ایک درجہ حُلیمی ورم کا بھی ہوتا ہے جس میں پپوٹوں میں ایک مزمن التہاب واقع ہوتا ہے۔ جفنی اور پس غضروفی ملتحمہ (retrotarsal conjunctiva) دبیز اور سرخ رہتا ہے، اور بالخصوص غضروفِ جفنی (tarsus) کے اوپر کا ملتحمہ ناہموار دانہ دار یا مخملی منظر

پیش کرتا ہے، اور عینی طحمہ (ocular conjunctiva) میں بیش دمویت (hyperæmia) پائی جاتی ہے۔

مگر مرض کی شدت مختلف درجہ کی ہوتی ہے۔ سب سے زیادہ خفیف وہ حالتیں ہوتی ہیں جن میں سرایت خفیف سی ہو یا جن میں اکتسابِ مرض سوزاکِ کہنہ (gleet: جریان) سے ہوا ہو۔ نہایت شدید حالتیں غالباً وہ ہوتی ہیں جن میں اکتسابِ مرض نہایت قشبی (زہریلے) سوزاک کے افراز کے تعدیہ کے ذریعہ ہوا ہو، بالخصوص جبکہ تلوث (آلودگی) ایسے سوزاک کے ابتدائی درجوں میں واقع ہوا ہو۔



شکل ۱۱۵۔ تہیج طحمہ (Chemosis of the Conjunctiva)۔

بحثِ اسباب۔ یہ مرض ہمیشہ سوزاکی افراز کی سرایت سے حاصل ہوتا ہے، جس میں سوزاکی قشب (virus) اعضائے تناسل سے مریض کی انگلیوں کے ذریعہ منتقل ہوتا ہے یا بالواسطہ طور پر تولیوں وغیرہ کے ذریعہ سے۔ آجکل یہ برطانیہ میں کم پایا جاتا ہے۔

پیچیدگیاں (Complications)۔ ایک نہایت کثیر الوقوع اور اہم پیچیدگی تقرحِ قرنیہ (corneal ulceration) ہے۔ یہ ایک محدود المقام رمادی مائل رنگ کی دررریزش (infiltration) سے شروع ہوتا ہے، جو ازاں بعد زرد ہو کر پھوٹ پڑتی ہے اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ

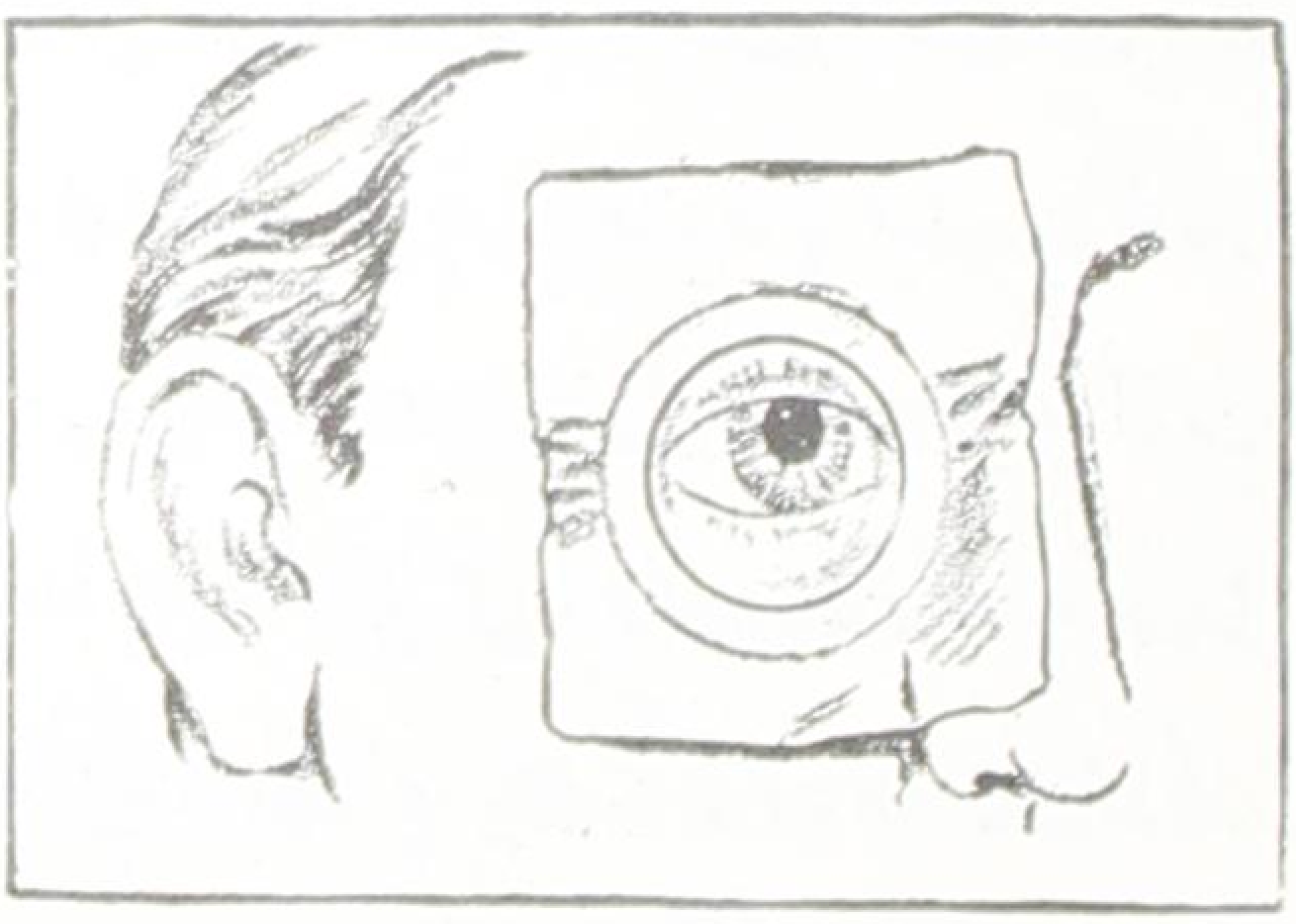
قرحے (ulcers) بن جاتے ہیں۔ یہ قرحے اپنے محلِ وقوع، جسامت اور عمر کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ چنانچہ وہ مرکزی (central) یا حاشیئی (marginal) ہو سکتے ہیں۔ حاشیئی قرحے باہم ملکر ایک حلقہ دار قرحہ (annular ulcer) بنا سکتے ہیں۔ ممکن ہے کہ قرحے سوراخ (انثقاب) کردیں، اور اس کے بعد "انحباسِ قزحیہ :incarceration of the iris" واقع ہو کر یا اُس کے بغیر اندماب (cicatrization) واقع ہو جائے یا عنبہ (staphyloma) اور تقرحِ قرنیہ کے دیگر عواقب رُونما ہوں۔ اِلتہابِ کُلّ العین (panophthalmitis) بھی اِسکا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ شدید حملوں میں قرنیہ کا شدید طور پر اور جلد ہی ماؤف ہو جانا نہایت عام ہے۔ ایسی حالتوں میں آنکھ کو خطرناک اور دائمی نقصان پہنچنا نہایت عام ہے۔

انذار (Prognosis) کا انحصار مرضی حالت کی شدت اور قرنیہ کے طرزِ عمل (behaviour) پر ہے۔ انذار ہمیشہ خطرناک ہوتا ہے۔

علاج۔ حفظ ما تقدمی۔ اِس امر کی سخت احتیاط رکھنی چاہیئے کہ امتحان اور علاج کے دوران میں مواد اُچھلکر معالج، نرسوں، تیمارداروں اور خدمتگزاروں کی آنکھوں میں سرایت نہ پیدا کرنے پائے۔ جب کبھی اِس خطرہ سے دوچار ہونے کا موقع ہو تو حفاظتی عینکیں لگا لینا چاہیئے۔ آلودہ انگلیوں کا ازالۂ سرایت (disinfection) احتیاط کے ساتھ کرنا ضروری ہے، جو چیزیں آنکھ صاف کرنے کے لیئے استعمال میں لائی گئی ہوں اُنھیں جلا دینا چاہیئے۔ 112

بُلر کا چشم پوش (Buller's shield) (شکل ۱۱۶) لگا کر غیر متأثر آنکھ کو سرایت سے محفوظ رکھنا چاہیئے۔ یہ چشم پوش ایک گھڑی کے شیشے پر

مشتمل ہوتا ہے، جیسے ناک کے پہلو، گال، اور پیشانی پر لصقہ (adhesive plaster) (چکنی پٹی) چپکا کر اپنی جگہ پر قایم کر دیا جاتا ہے۔ جلد اور لصقہ (پلستر) کے مقامِ اتصال کو کلوڈیئن (collodion) کی تہ جما کر سر بہ مُہر (sealed) کر دیا جاتا ہے۔ شیشہ کے مرکزی حصّے پر پٹی نہ چپکائی جائے بلکہ اُسے کھلا رکھا جائے تاکہ آنکھ کے معائنہ میں آسانی ہو۔ اسی طرح شیشہ کے بیرونی حاشیہ کے کچھ حصّے کو عموماً آزاد چھوڑ دیا جاتا ہے، تاکہ ہوا داخل ہو سکے اور شیشہ سے ڈھکی ہوئی آنکھ کو آرام ملے۔



شکل ۱۱۶ - بلر کا چشم پوش (Buller's shield)

درجۂ اول کا علاج۔ سوزاکی نبقی جُدرین (gonococcal vaccine) کا اِشراب یا عضلاتِ الویہ (glutei) کے اندر کسی اجنبی پروٹین (مثلاً ۵ مکعب سنٹی میٹر عقیم دودھ :sterilized milk) کا اشراب جسقدر جلد ممکن ہو کیا جائے۔ مقامی طور پر برفانی رفادے (iced compresses) مسلسل دن رات استعمال کئے جائیں۔ آنکھ کو احتیاط سے صاف کیا جائے اور افراز (مواد) کو، جیسے ہی کہ وہ بہنے، جلد از جلد صاف کیا جائے۔ جب مواد بہت کثیر المقدار ہو تو اُسے ہر پاؤ گھنٹے یا آدھے گھنٹے بعد صاف کرنے کی ضرورت ہوگی۔ اِس غرض کے لئے بورک ایسڈ کا سیر شدہ محلول (saturated solution of boric acid) بہت زیادہ استعمال

کیا جاتا ہے۔ اِس محلول سے جاذب روئی (absorbent cotton)
کے ایک پھاہے کو خوب شرابور کرکے اُسے پپوٹوں کے درمیان سے ٹپکایا
جائے۔ پھر اُس افراز کو جو دُھلکر باہر نکل آیا ہے، آہستہ سے پپوٹوں کے
حاشیوں پر سے پونچھ لیا جائے۔

برفانی رِفادوں کو شروع میں تو مسلسل استعمال کیا جاسکتا ہے،
لیکن جب پپوٹوں کی تنیدگی، اور اُن کی سرخ اور متورم حالت میں کمی
واقع ہوجائے تو برودت (ٹھنڈک) کا استعمال کم کردیا جائے اور
سرد رفادے ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے استعمال کئے جائیں۔ حد سے زائد
تبرید (refrigeration) سے بھی قرنیہ کے تغذیہ میں مداخلت ہوجاتی ہے۔
لہٰذا جب قرنیہ بھی ماؤف ہو تو ٹھنڈک کی مقدار کو احتیاط کے ساتھ
جانچتے رہنا چاہیئے تاکہ وہ حد سے زائد نہ ہونے پائے۔ بعد کے درجوں
میں جب ورم خفیف سا ہوا اور قرنیتی درریزش (corneal infiltration) 113
یا تقرح (ulceration) موجود ہو تو گرم لاسقے (hot applications)
استعمال کئے جاسکتے ہیں، تاکہ اِس حصہ میں خون کا بہاؤ تیز ہو اور اِس سے
اِس کے تغذیہ میں ترقی ہو۔

دوسرے مصفی اور دافعِ عفونت (antiseptic) محلول بھی استعمال
کئے جاسکتے ہیں: مثلاً مرکیوری پرکلورائڈ[1] (۱: ۲۰،۰۰۰ تا ۱: ۱۰،۰۰۰)،
ہائڈروجن پرآکسائڈ[2] (یک حجمی)، پرمینگنیٹ آف پوٹاسیم[3] (۱: ۵۰۰)،
آرجرال[4] یا پروٹارگال[5] کے ۵ فیصدی محلول کے چند قطروں کا ہر تیسرے گھنٹے

---

[1] mercury perchloride — [2] hydrogen peroxide (1 volume) — [3] permanganate of potassium — [4] argyrol — [5] protargol

اِقطار (instillation) بھی مناسب ہے۔

ابتدائی درجہ میں، اگر مرض بہت شدید ہو تو ۳ تا ۶ جونکیں (leeches) متناظر (اُسی جانب کی) کنپٹی پر لگا دینا بھی مفید ہو سکتا ہے۔ بعض اوقات تناؤ اِتنا زیادہ ہوتا ہے کہ پپوٹوں کا جدا کرنا مشکل ہو جاتا ہے، اور اِس وجہ سے آنکھ صاف نہیں کی جا سکتی، اور مزید برآں اُن کے جُدا کرنے میں کُرۂ چشم پر مضرت رساں دباؤ پڑنے کا احتمال ہوتا ہے۔ ایسی حالتوں میں ممکن ہے کہ بیرونی ماق کو قطع کر کے اِنشقاقِ جفنی (palpebral fissure) کو چوڑا کرنے (عارضی ماق شگافی: temporary canthotomy، صفحہ 66) کی ضرورت لاحق ہو۔

مابعد درجوں کا علاج۔ جب پپوٹوں کا ورم اور ہیبت ناک منظر باقی نہ رہے، اور اخراج (مواد) کم ہونے لگے تو پپوٹوں کو اُلٹ کر بروں گردیدہ ملتحمہ پر نائٹریٹ آف سِلوَر (nitrate of silver) کا ۱ یا ۲ فیصدی محلول بُرش (پھریری) سے دِن میں ایکبار لگا دیا جائے۔ اگر قرنیہ ماؤف ہو تو بھی یہ عمل کیا جا سکتا ہے، اور اِسے مریض کے اچھے ہونے تک، یا تھوڑے زمانہ تک جبتک کہ حُلیمی ورم (papillary swelling) باقی رہے، جاری رکھا جائے۔ دوا لگانے کے بعد ہر بار آنکھ کو گرم پانی سے دھو کر فاضل کاسٹک (caustic: کاوی دوا) کو نکالدینا چاہیئے تاکہ قرنیہ متاثر نہ ہونے پائے۔ اِس کے بعد اگر آب سِلوَر اپنا مفید اثر نہ جاری رکھے تو ہم گلیسرال آف ٹینین (glycerole of tannin) (۵ تا ۱۰ فی صدی)، یا پھٹکری کا قلم (alum-stick)، یا توتیائے سبز کا قلم (sulphate of copper pencil)

دن میں ایک بار لگا سکتے ہیں۔

قرنیہ کی پیچیدگیوں کا علاج سرایت زدہ قروحِ قرنیہ (infected corneal ulcers) کے علاج کے مانند ہوتا ہے، جس کا بیان آئندہ باب میں آئے گا۔

رمدِ نومولود یا رضیعی ریمی التہابِ ملتحمہ

(Ophthalmia Neonatorum or Infantile Purulent Conjunctivitis)

یہ ایک حاد ریمی التہابِ ملتحمہ ہے جو نوزائیدہ بچوں میں زندگی کے پہلے تین ہفتوں کے اندر واقع ہوتا ہے۔ اس کے علامات، پیچیدگیاں اور سیر وہی ہیں جو بالغوں کے سوزاکی رمد (gonorrhœal ophthalmia) میں پائے جاتے ہیں، اور علاج بھی اسی طرح کیا جاتا ہے۔ یہ مرض برطانیہ عظمیٰ میں واجب الاطلاع (notifiable) قرار دیا گیا ہے (شکل ۱۱۸، صفحہ ۱۰)۔

علامات۔ زمانہ حضانت وہی ہوتا ہے جو بالغوں میں ہوتا ہے۔ ابتدائی علامات عموماً پیدائش کے دوسرے یا تیسرے دن رونما ہو جاتے ہیں۔ جب حملۂ مرض اس کے بعد شروع ہو تو سمجھنا چاہیئے کہ سرایت بچہ کی پیدائش کے بعد واقع ہوئی ہے۔

علامات اُسی قسم کے ہوتے ہیں جیسے کہ سوزاکی رمد میں پائے جاتے ہیں، لیکن اُتنے شدید نہیں ہوتے، اور زیادہ تر جفنی (palpebral) اور پس غضروفی (retrotarsal) ملتحمہ تک محدود رہتے ہیں۔ عموماً دونوں آنکھیں ماؤف ہوتی ہیں۔ قرنیہ نسبتہً بہت کم مریضوں میں ماؤف ہوتا ہے،

114

بالخصوص جبکہ مرض کا علاج شروع سے ہی کیا گیا ہو۔ اگر مریض کو قرنیہ کے ماؤف ہونے سے پہلے ہی دیکھ لیا گیا ہے اور مناسب تدابیر اختیار کرلیگئی ہیں تو یہ حصہ (قرنیہ) اتلاف یا خطرناک مضرت سے اکثر محفوظ رہ جاتا ہے

اسی واسطے جب علاج ابتداء مرض میں اور مناسب طریقہ سے کیا جاتا ہے تو انذار (prognosis) عموماً امید افزا ہے۔

بحثِ اسباب۔ دوران زچگی میں ماں کے اعضاء تناسل سے سوزاکی افراز سے سرایت کا وقوع۔ شاذ حالتوں میں پیدائش سے پہلے ہی سرایت واقع ہوجاتی ہے۔ بعض اوقات سرایت بچہ کی پیدائش کے بعد واقع ہوتی ہے، بذریعہ اُن اسفنجوں (پھاہیوں)، رومالوں، تولیوں، یا نرس کی اُنگلیوں کے جن سے ماں کے اعضاء تناسل کو چھوا گیا ہو۔

اِن حالتوں کی غالب تعداد بلا شبہ سوزاک کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ لیکن بعض حالتیں سادہ نازلتی (غیر سوزاکی) افراز [simple catarrhal (non-gonorrhœal) secretion] کی سرایت سے واقع ہوجاتی ہیں۔ ایسی سادہ حالتوں کا مرض خفیف (غیر شدید) ہوتا ہے، اور اِن میں قروحِ قرنیہ (corneal ulcers) کی پیچیدگی نہیں واقع ہوتی۔

علاج۔ ملتحمی تاچہ (conjunctival sac) کو ہر گھنٹہ گرم طبعی محلولِ نمک (normal saline solution) سے یا پوٹاسیئم کلوریٹ (potassium chlorate) کے گرم محلول (۱۰ گرین فی اونس) سے نطول (irrigate) کیا جائے۔ قرنیہ کے سر حلمہ (corneal epithelium)

کو محفوظ رکھنے کے لئے وَیسلین (vaseline) لگا دینا چاہیئے - ورم
اور سرخی کم ہونے کے بعد اور اُس وقت جبکہ مواد کی زیادتی میں کمی ہونا
شروع ہو جائے، نائٹریٹ آف سِلوَر (nitrate of silver) کا ایک
فی صدی محلول پھریری سے لگایا جائے، اور یہ عمل حُلیمی ورم (papillary
swelling) کے درجہ کے اختتام تک جاری رکھا جائے - اِسے دن
میں ایک بار لگانا کافی ہے، اور اِس کے بعد فوراً گرم پانی سے نطول
کیا جائے - دوسری نفع بخش دوائیں یہ ہیں :- حاد درجہ میں ہائیڈروجن
پرآکسائیڈ کے محلول نصف حجمی (H_2O_2 solution, $\frac{1}{2}$ volume)
سے ہر گھنٹے نطول کیا جائے اور مابعد درجہ میں زِنک کلورائیڈ (zinc
chloride) کے قطرے ($\frac{۱}{۴}$ گرین فی اَونس) دن میں دو بار ٹپکائے جائیں-

اگر پپوٹوں کا ورم زیادہ ہو تو برف زدہ رفادات (iced compresses)
لگائے جائیں، لیکن اِس امر کی احتیاط رکھنی چاہیئے کہ اُنھیں زیادہ دیر تک مسلسل 115
نہ لگایا جائے، بلکہ سرخی اور ورم کم ہوتے ہی اُنکا استعمال موقوف کردینا چاہیئے کبھی کبھی
ماق شگافی (canthotomy) کی ضرورت ہوتی ہے - بالغوں میں خود مریض
کے احساسات ایک حد تک ہماری رہنمائی کرتے ہیں - چنانچہ جب گدّیاں
(pads) مریض کو ناخوشگوار معلوم ہونے لگیں (اور سرخی اور ورم کم ہونے
پر ایسا ہی ہوتا ہے) تو ہم اُن کا استعمال کم کر دیتے ہیں - شیرخواروں
میں ہم اُن کے احساسات سے مطلع نہیں ہو سکتے، لہٰذا ہمیں بہت
احتیاط کرنی چاہیئے کہ حد سے زاید تبرید (excessive cooling) سے
اُن کے قرنیہ کو مضرت نہ پہنچنے پائے، خصوصاً اُسوقت جبکہ قرنیتی درریزش
(corneal infiltration) موجود ہو - ایسی حالتوں میں بجائے سرد کے

حار رفادات (hot compresses) استعمال کیے جاتے ہیں۔

قرنیہ کا امتحان روزانہ کرنا چاہیئے۔ اگر کوئی قرحہ نظر آئے تو گھنٹہ گھنٹہ سے گرم غسولات (warm lotions)، اور دن میں تین بار ایٹروپین کا مرہم (½ گرین فی صدی) استعمال کرنا چاہیئے۔ علاج میں حد سے زائد سرگرمی، مثلاً بہت زیادہ قوی دافع عفونت غسولات (بالخصوص پرکلورائڈ آف مرکیوری) یا سلور نائٹریٹ کے محلول کا استعمال ممکن ہے کہ قرنیہ کے لئے خطرناک مضرت کا باعث ہوجائے۔

بچہ کی عام صحت کی نگرانی ضروری ہے، کیونکہ کمزوری کی حالتیں علاج کے تشفی بخش اثر میں مزاحم ہوتی ہیں اور قرنیہ میں پیچیدگیوں کے امکان کو زیادہ کردیتی ہیں۔ سوزاکی نبقی جدرینات (gonococcal vaccines) بیکار محض ہیں۔

کریڈے کا طریقہ حفظ ماتقدم (Credé's Method of Prophylaxis)۔ رمدِ نومولود (opthalmia neonatorum) کی روک تھام عملاً ممکن ہے اور اب زچگی خانوں (lying-in hospitals) اور خانگی مطب میں کریڈے کا طریقہ اختیار کرنے سے اس کا وقوع کم ہوگیا ہے۔ یہ طریقہ یہ ہے کہ ولادت کے بعد فوراً ہی بچہ کی آنکھوں کو پانی سے صاف کرکے دونوں آنکھوں میں نائٹریٹ آف سلور کے دو فیصدی محلول کا ایک قطرہ ٹپکا دیا جاتا ہے۔ اس سے اکثر ایک یا دو دن تک ملتحمہ میں خفیف سی سرخی پیدا ہوجاتی ہے۔ اس دوا کا اثر یہ ہوتا ہے کہ اگر ملتحمی تاچہ میں کوئی سوزاکی نبقہ (gonococcus) داخل ہوگیا ہے تو اس کا قلع قمع ہوجاتا ہے۔ وضع حمل سے پہلے ماں کی مہبل (vagina)

کو دافعِ عفونت نلطول (antiseptic irrigation) سے دھو ڈالنا حفظ ماتقدم کا ایک مفید طریقہ ہے۔

نوزائیدہ بچہ میں نازلتی التہابِ ملتحمہ (Catarrhal Conjunctivitis in the New-Born) بعض اوقات نوزائیدہ بچوں میں خفیف نازلتی التہابِ ملتحمہ دیکھنے میں آتا ہے، جو چند روز تک جاری رہتا ہے۔ اِس میں صرف بیش دمویت (hyperæmia) کسیقدر ورم اور قدرے مخاط نما مواد (mucoid discharge) پایا جاتا ہے۔ دراصل یہ رَمَدِ نومولود (ophthalmia neonatorum) کی مثالیں نہیں ہیں۔ لیکن ممکن ہے کہ ابتداء میں ہمیں شبہ ہو کہ کہیں یہ حالتیں ریمی (purulent) تو نہیں ہیں؟ ایسی صورت میں قرین مصلحت (خطرے سے خالی طریقہ) یہی ہوگا کہ تا وقتیکہ التہاب کی اصلی نوعیت کا یقین نہ ہو جائے اِنھیں ایسا ہی سمجھا جائے۔ ایسی حالتوں میں مواد کے جرثومیاتی امتحان سے قیمتی معلومات حاصل ہوسکتی ہیں۔

116

غشائی التہابِ ملتحمہ

(MEMBRANOUS CONJUNCTIVITIS)

یہ قسم شاذ ہے اور اِس کا حملہ بچوں میں ہوتا ہے۔ اسکے دو اقسام ہیں: (۱) ڈفتھیریائی (diphtheritic) اور (۲) کروپی (croupous)۔ یہ ذیلی تقسیم تشریحی اختلافات پر مبنی ہے، کیونکہ دونوں اقسام میں کلیبس لافلر عُصَیّہ (Klebs Loeffler bacillus) موجود یا غیر موجود ہوسکتا ہے اور مقامی علامات کی شدّت سے اِس کا کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ دونوں

قسموں کا فرق خفیف یا شدید ہو سکتا ہے۔

ڈفتھیریائی التہاب ملتحمہ میں کلیبس لافلر عصیہ عموماً موجود ہوتا ہے گو ہمیشہ نہیں، بنفسی علامات (constitutional symptoms) شدید ہوتے ہیں، اور غشائی افراز جو سطح پر بنتا ہے جفنی ملتحمہ (palpebral conjunctiva) کے جرم کے اندر بھی داخل ہو جاتا ہے۔

کروپی التہاب ملتحمہ میں کلیبس لافلر عصیہ عام طور پر غیر موجود ہوتا ہے بنفسی علامات نسبتہً بہت کم شدید ہوتے ہیں، اور افراز جفنی ملتحمہ کی سطح پر تو ایک غشائی تہ بنا دیتا ہے، مگر اس کے جرم کے اندر داخل نہیں ہوتا۔

ڈفتھیریائی التہاب ملتحمہ

(DIPHTHERITIC CONJUNCTIVITIS)

یہ ملتحمہ کا ایک حاد التہاب ہے، جس کے ساتھ ارتشاح (exudation) اور دروں ریزش (infiltration) ریمی مواد کا اخراج، اور ماؤف بافتوں میں تنخر (necrosis) کا رجحان ہوتا ہے۔

یہ مرض کسی قدر شاذ ہے اور بچوں میں ہوا کرتا ہے۔ یہ سرایت کے ذریعہ سے پھیلتا ہے۔ اس کے افراز میں عصیہ لافلر پایا جاتا ہے (شکل ۱۱۰، صفحہ ۹) اور یہ افراز متعدی ہوتا ہے۔

علامات۔ پپوٹے بہت زیادہ متورم، سرخ، گرم، اور الیم (tender) ہوتے ہیں۔ پپوٹوں اور قبوہ (fornix) کا ملتحمہ شدید طور پر ملتہب (inflamed) اور ایک بھورے زردی مائل ارتشاح سے ڈھکا ہوا

ہوتا ہے، جو ماتحت بافتوں میں بھی دررنیختہ ہوتا ہے - اِس طریقہ سے پپوٹے سخت ہوجاتے ہیں اور اُلٹے نہیں جاسکتے - ارتشاح ضغطہ¹ (دباؤ) پیدا کردیتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دررنیختہ حصّوں میں غنثث (sloughing) کا رجحان موجود ہوتا ہے - اِس فائبرینی ارتشاح کے علاوہ ایک پتلا اور گدلا سیّال بھی خارج ہوتا ہے - اِن مقامی امارات (local signs) کے ساتھ ساتھ اِنبطاح (prostration) اور ڈفتھیریا کی دوسری بنیئی علامات بھی پائی جاتی ہیں، اور اکثر جسم کے دوسرے حصوں میں مرض کے مقامی ظواہر موجود ہوتے ہیں۔

117

ایک ہفتہ کے اختتام پر ارتشاح، کچھ تو انجذاب کے ذریعہ اور کچھ تنخّر اور غنثث (necrosis and sloughing) کی وجہ سے غائب ہوجاتا ہے، کسی قدر جرم ضائع ہوکر وہ جگہ انگور (granulations) سے ڈھک جاتی ہے - اب افراز زیادہ کثیر المقدار اور ریمی (پیپ دار) ہوجاتا ہے - پپوٹوں کے استر کے نقائص بتدریج اندماب پذیر (cicatrize) ہوتے ہیں، اور اِس عمل سے مختلف تشوّہات (deformities) یعنے بدشکلیاں پیدا ہوجاتی ہیں: مثلاً مقلی جفنی التصاق (symblepharon)، ارتکاس الاہداب (trichiasis)، اور شترۂ داخلی (entropion)- بعض اوقات تقرّح قرنیہ (corneal ulceration) ہوجاتا ہے - جب ڈفتھیریائی عمل زیادہ شدید ہوتا ہے تو قرنیہ خطرناک طور پر ماؤف ہوجاتا ہے اور اس کا نتیجہ ہمیشہ یہی ہوتا ہے کہ بصارت

---

¹ Compression: ضغطہ۔

جاتی رہتی ہے۔

انذار (Prognosis) بصارت کے اعتبار سے ہمیشہ خطرناک ہوتا ہے۔ جہاں تک زندگی کا تعلق ہے انذار کا انحصار بنفسہٖ اثرات اور بچہ کی عام حالت پر ہوتا ہے۔

علاج۔ حفظ ماتقدمی: معالج، نرس، اور مریض کے خدمت گزاروں کی حفاظت کے لئے انھیں احتیاطوں سے کام لینا چاہیئے جن کا ذکر رمد سوزاکی (gonorrhœal ophthalmia) کے بیان میں کیا گیا ہے۔ یہ مرض متعدی (contagious) ہونے کے علاوہ ساری (infectious) بھی ہے۔ لہٰذا مریض کو علیحدہ رکھنے کا انتظام کرنا چاہیئے اور دوسرے بچوں کو مریض کے پاس سے ہٹا دینا چاہیئے۔ مریض کی دوسری آنکھ پر چشم پوش لگا دینا چاہیئے۔

ماؤف آنکھ کا علاج۔ ہلکے دافع عفونت محلولات (بورک ایسڈ کروسو سلیمیٹ) سے بہ احتیاط صاف کرتے رہنا چاہیئے۔ رفادات بارده (cold compresses) لگا سکتے ہیں، لیکن دورانِ خون کمزور ہونے کی وجہ سے اِن کا استعمال احتیاط کے ساتھ کرنا چاہیئے۔ تھوڑی مدّت کے بعد حار رفادات (hot compresses) استعمال کریں۔ جب ارتشاح (exudation) علیحدہ ہو جائے تو نائٹریٹ آف سلور کا ایک فیصدی محلول لگائیں۔ اِندمال (cicatrization) کے باعث پیدا ہونے والے عواقب (sequelæ) کی روک تھام کی کوشش میں ہم پپوٹوں کو کرہ چشم سے بار بار ہٹاتے رہتے ہیں، اور ایک باریک کپڑے (کتان) کی دھجی پر کوئی ملطف مرہم (bland ointment) لگا کر اسکے

ذریعہ سے دونوں سطحوں کو ایک دوسری سے جدا رکھتے ہیں۔ تقرّح قرنیہ (corneal ulceration) کا علاج آئندہ باب میں بتلائے ہوئے طریقہ سے کرنا چاہیئے۔

بنیئی علاج (Constitutional Treatment)۔ یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ آنکھ کا یہ مرض محض ایک بنیئی مرض کا مقامی مظاہرہ ہے۔ چنانچہ خناق کے عام علاج سے غافل نہ ہونا چاہیئے۔ اس مقصد کے لئے ضد سم (antitoxin) کے اِنشرابات نہایت مفید ہیں، جن سے مقامی حالت کے ساتھ ساتھ عام حالت میں بھی بہت جلد اصلاح ہوتی ہے۔

کروپی التہاب ملتحمہ یا غیر خناقی غشائی التہاب ملتحمہ

118

(Croupous Conjunctivitis or Non-diphtheritic Membranous Conjunctivitis)

یہ ایک قسم کا التہاب ہے جس میں ملتحمہ کی سطح پر ارتشاح کے جمنے اور سخت ہو جانے کی وجہ سے ایک جھلی بنجاتی ہے۔ بافتوں کے اندر درریزش (infiltration) نہیں ہوتی۔ کروپی اور ڈفتھیریائی التہاب ملتحمہ کے درمیان یہی اصلی فرق ہے۔ ممکن ہے کہ جرثومیاتی امتحان سے عصیۂ لافلر (Loeffler bacillus) اور دیگر دقیق عضویے (micro - organisms) ظاہر ہوں، اور یہ اُن عضویوں سے مماثل ہوں جو ڈفتھیریائی غشا میں ملتے ہیں۔ لیکن یہاں وہ بنیئی علامات جو ڈفتھیریائی حالت میں پائے جاتے ہیں، نہیں موجود ہوتے۔

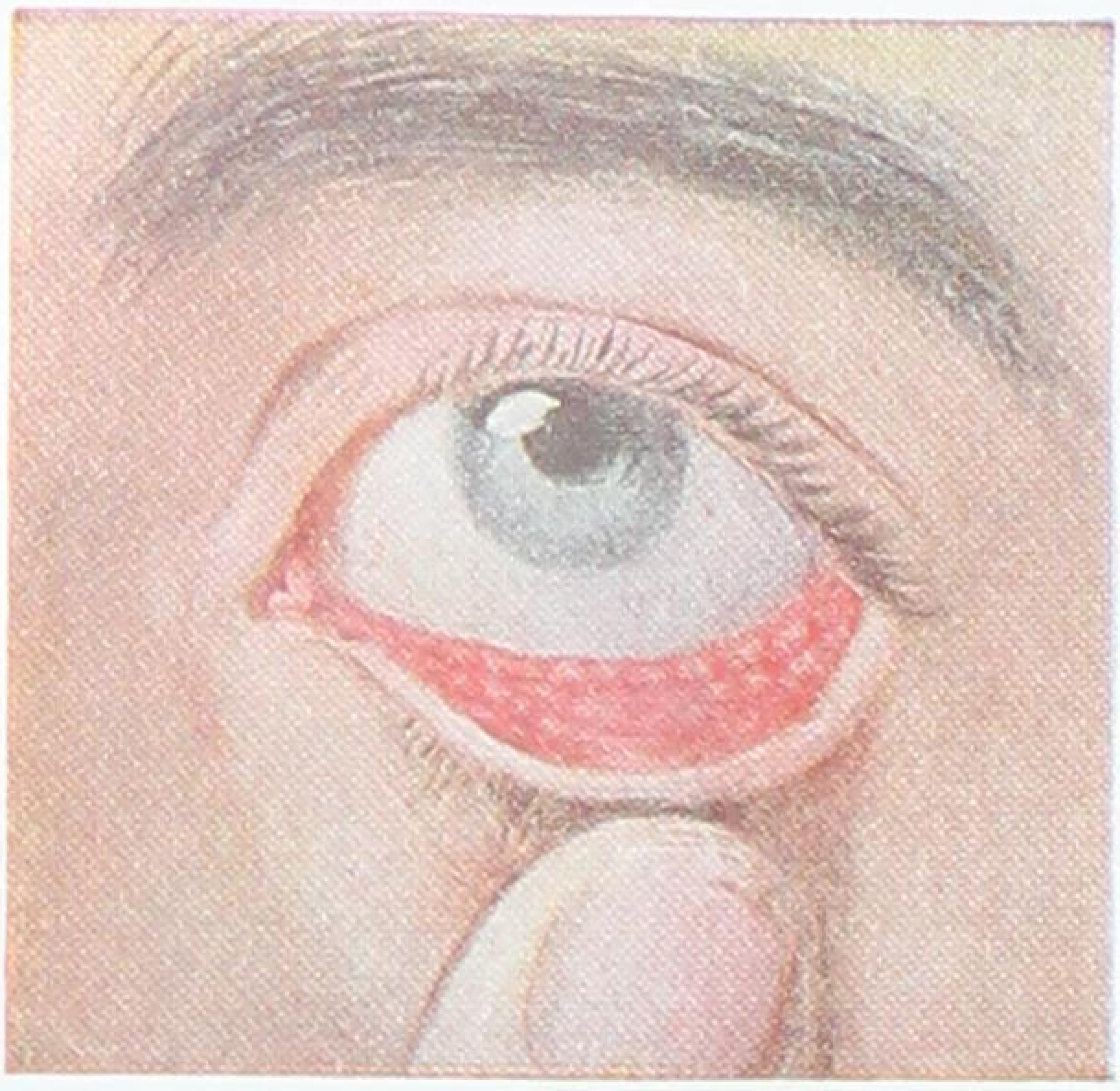
علامات نازلی التہابِ ملتحمہ (catarrhal conjunctivitis)



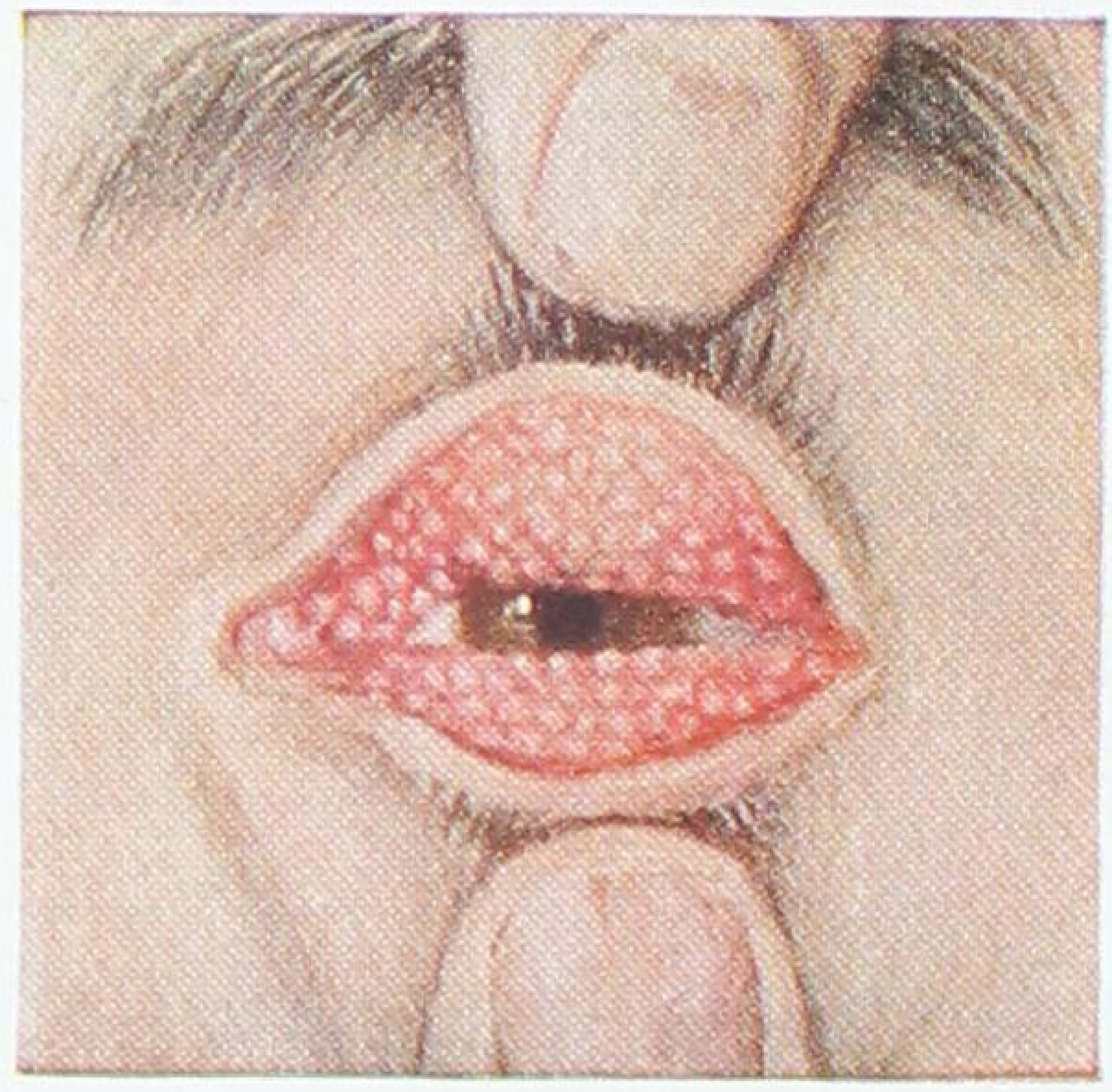
شکل ۱۱۷—نازلتی التہاب ملتحمہ
(Catarrhal conjunctivitis)



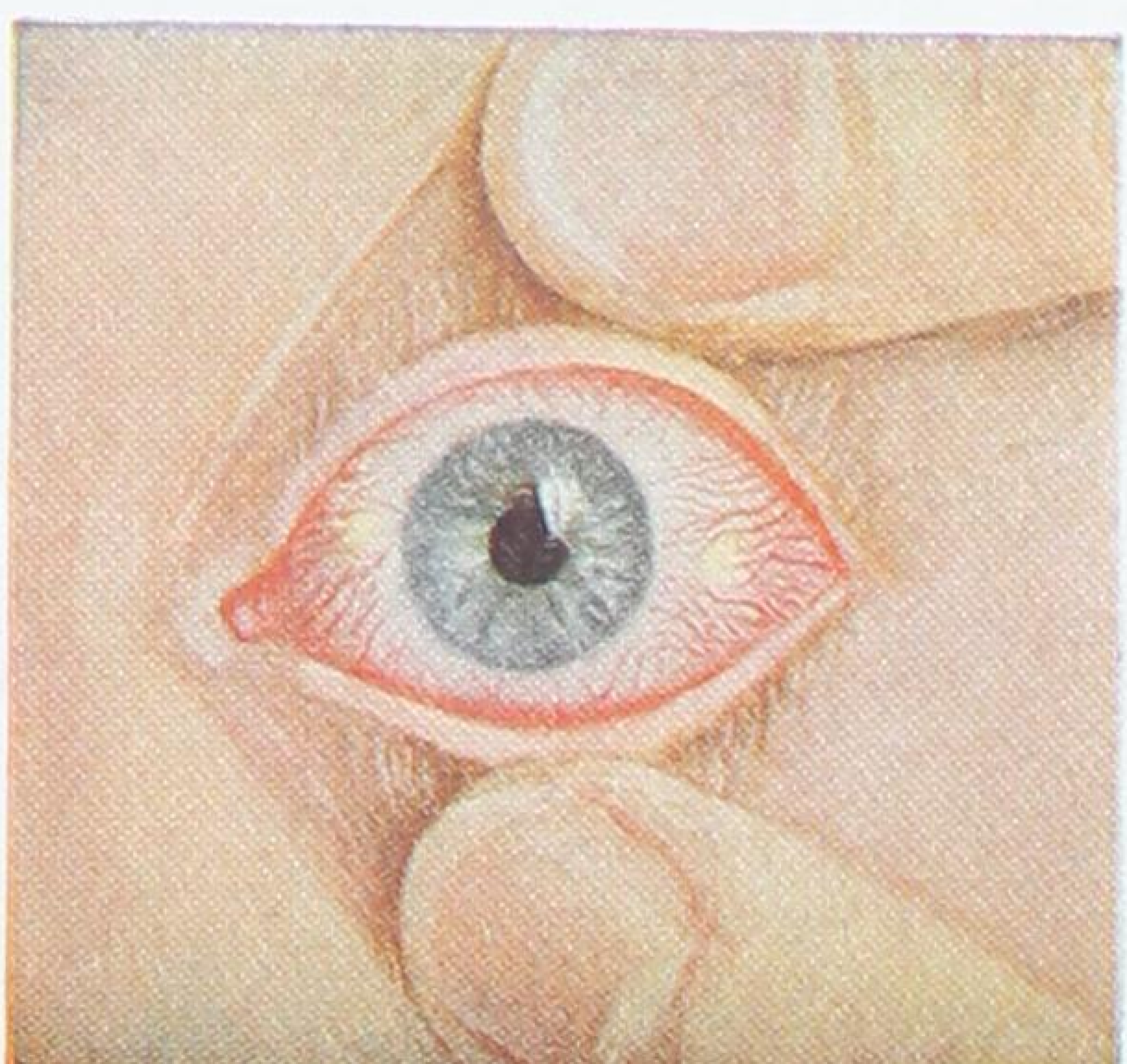
شکل ۱۱۸—رمد نومولود
(Ophthalmia neonatorum)



شکل ۱۱۹—جرابی التہاب ملتحمہ
(Follicular conjunctivitis)



شکل ۱۲۰—حثر (روھے یا ککرے)
(Trachoma)



شکل ۱۲۱—نفیطی التہاب ملتحمہ
(Phlyctenular conjunctivitis)



شکل ۱۲۲—برصلبیتی التہاب
(Episcleritis)

مقابل صفحہ ۲۲۸

کے ہوتے ہیں۔ جعلی ملتحمہ پر ایک فائبرینی غشاء بنجاتی ہے۔ جب اس ارتشاح کو کھینچکر نکالدیا جاتا ہے تو ایک کچی سطح سامنے آجاتی ہے جس میں دمی نقطے (bleeding points) دکھائی دیتے ہیں۔ ایسے حالات میں جھلی مکرر بنجاتی ہے۔

بحث اسباب ۔ یہ التہاب میکانی کیمیائی یا حراری مُحدِثات (irritants) کی وجہ سے یا مختلف دقیق عضویوں کے عمل سے پیدا ہوسکتا ہے۔ اول الذکر کی مثالیں نائٹریٹ آف سلور، ترشے (acids) پگھلا ہوا سیسہ، حرقات (burns) اور عمومی تضررات ہیں۔

علاج ۔ وہی جو نازلتی التہاب ملتحمہ کا ہوتا ہے۔ جیسے ہی کہ یہ معلوم ہو کہ اب غشاء میں مکرر بننے کا رجحان موجود نہیں ہے نائٹریٹ آف سلور کے ایک فیصدی محلول کا لگانا مفید ہوتا ہے۔

دانہ دار التہابِ ملتحمہ، روہے یا گکرے (حثر)

(GRANULAR CONJUNCTIVITIS, TRACHOMA, OR GRANULAR LIDS)

یہ ایک عموماً طویل المدت التہاب ہے، جس کے ساتھ ملتحمہ کا تضخم (hypertrophy) ہو کر دانے، (گکرے) بنجاتے ہیں، اور بالآخر ندبی تغیرات (cicatricial changes) رونما ہوتے ہیں۔ انگلستان میں یہ سوائے اُن مہاجرین کے جو مشرقی یورپ سے آتے ہیں، عام طور پر نہیں پایا جاتا۔ اس میں کم و بیش افراز (secretion) ہوتا ہے، جو متعدی ہوتا ہے۔ یہ مرض اپنی خطرناک پیچیدگیوں اور عواقب کے

لحاظ سے (جو بہت سی حالتوں میں جزئی یا کُلّی نابینائی پیدا کردیتے ہیں) نہایت ہی اہمیت رکھتا ہے۔

موضوعی علامات (Subjective Symptoms)- کم و بیش نور ترسی (photophobia)، تدمع (اشک ریزی)، کھجلی، اور جلن کے احساسات، جسم غریب (foreign body) کی موجودگی کا احساس، درد اور استبصاری اختلال ۔ بہت سی حالتوں میں کوئی موضوعی علامت نہیں پائی جاتی۔

معروضی علامات (Objective Symptoms) - پپوٹوں میں ورم، جفنی شگاف (palpebral aperture) کا تنگ ہوجانا، اوپر کے پپوٹوں کا لٹک پڑنا (بوجھ اور ورم کی وجہ سے)۔ مختلف المقدار مخاطی ریمی مواد (muco-purulent discharge) کا اخراج، جو تازہ حالتوں میں زیادہ اور مزمن صورتوں میں کم ہوتا ہے۔ غضروفی اور قبوی ملتحمہ سُرخ، دبیز، اور (تضخم اور دانوں کی وجہ سے) ناہموار ہوتا ہے۔ عینی ملتحمہ اکثر کسی قدر مُشرب (injected) ہوتا ہے۔

اقسام ۔ حثر (trachoma) یعنے روہوں کے مرض کے مختلف اقسام بیان کئے گئے ہیں ۔ یہ یا تو (۱) سادہ حثر کے مختلف مدارج ظاہر کرتی ہیں یا (۲) حثر کی ثانوی سرایتیں ۔ چنانچہ ہم سادہ حثر کی تین قسمیں ممیّز کرتے ہیں: (۱) حُلیمی (papillary)، (۲) حُبیبی ۔ یعنے دانہ دار (granular)، اور (۳) مخلوط (mixed)۔

۱۔ حُلیمی قسم (Papillary Form)- ملتحمہ بہت موٹا ہوجاتا ہے اور اُس پر کثیر التعداد چھوٹے چھوٹے اُبھار (papillæ : حُلیمات)

نظر آتے ہیں جنکی وجہ سے وہ ایک مخملی منظر پیش کرتا ہے۔ اگر یہ حُلیمات (اُبھار) زیادہ بڑے ہوتے ہیں تو ایک دانہ دار منظر پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ قسم صرف غضروفی ملتحمہ کو، اور علی العموم صرف اوپر کے پپوٹے کو، ماؤف کرتی ہے۔ حُلیمات (papillæ) اِس طرح پیدا ہوتے ہیں کہ متضخم (hypertrophied) ملتحمہ میں چُنٹیں (folds) پڑجاتی ہیں۔ اِن چُنٹوں پر سر حلمہ زیادہ ہوجاتا ہے اور اِن کا اندرونی حصّہ، جو اتصالی بافت (connective tissue) پر مشتمل ہوتا ہے، خلیات سے دررنجیتہ (infiltrated) ہوجاتا ہے۔ یہ سادہ حثر (simple trachoma) کا پہلا درجہ ہوتا ہے۔

۲۔ حُبیبی یعنی دانہ دار قسم (Granular Form) میں حثری دانوں کا غلبہ ہوتا ہے (شکل ۱۲۰، صفحہ ۱۰)۔ یہ رمادی مائل یا زردی مائل رنگ کے گول نیم شفاف اجسام ہوتے ہیں، جو ملتحمہ کے اندر سے دکھائی دیتے ہیں۔ یہ دانے چھوٹے اور گول گول، یا بڑے اور ثولول نما (warty)، یا چپٹے اور رس دار (succulent) ہوتے ہیں۔ یہ خاصکر قبوہ (fornix) میں پائے جاتے ہیں، اور جب تعداد میں بہت ہوتے ہیں تو قطاروں میں مرتب ہوتے ہیں۔ غضروفی ملتحمہ میں اِن کی تعداد نسبتۃً کم ہوتی ہے، نیز یہ یہاں نسبتۃً چھوٹے اور کم نمایاں ہوتے ہیں کیونکہ حُلیمات اِن کو چھپا دیتے ہیں۔ کبھی کبھی حثری دانے ہلالی دہراؤں (semilunar folds) اور بصلی ملتحمہ (bulbar conjunctiva) پر بنتے ہیں۔ یہ دانے لمفی جُسیمات کے گول اجتماعات ہیں جو اتصالی بافت کی جال میں ہوتے ہیں، اور اسطرح یہ اُس منظر سے

مشابہت رکھتے ہیں جو ہمیں آنتوں کے اندر پے یر کی چکتیوں (Peyer's patches) میں نظر آتا ہے ۔ ممکن ہے کہ کہنہ حالتوں میں انہیں ایک نامکمل کیسہ (غلاف) بھی موجود ہو ۔ یہ سادہ حثر کا دوسرا درجہ ھے ۔

۳ ۔ مخلوط قسم میں یہ دونوں درجے عموماً ایک ساتھ پائے جاتے ہیں، مگر یہ بھی ممکن ہے کہ یہ جُدا جُدا واقع ہوں ۔ حُلیمات جفنی ملتحمہ میں زیادہ نمایاں، اور دانے قبوات میں زیادہ نمایاں ہوتے ہیں ۔ 120

تیسرا درجہ اندماب (cicatrization) کا ہے، اور یہ بھی اکثر سابقہ دو درجوں کے ساتھ ساتھ پایا جاتا ہے ۔ یہ حثر (گکروں) کو اچھا کر دیتا ہے ۔ اِس میں حُلیمات اور دانے تو غائب ہو جاتے ہیں، مگر ملتحمہ کی طبعی حالت بحال نہیں ہوتی، کیونکہ اِندمابی تغیرات اور انقباض کی وجہ سے بالآخر بعض عواقب (sequelæ) پیدا ہو جاتے ہیں ۔ اِن عواقب کی خطرناک اہمیت کا انحصار مرضی عمل کی شدت پر، تضخم (hypertrophy) کی مقدار پر، اور مابعد اندماب پر ہوتا ہے ۔ غضروفی ملتحمہ میں یہ اِندمابی عمل تنگ سفیدی مائل بند (دھاریاں) اور ندبات (scars) (شکل ۱۳۵، صفحہ ۱۱) اور بعض اوقات ایک جال پیدا کر دیتا ہے ۔ ترقی یافتہ اور شدید حالتوں میں ممکن ہے کہ تمام سطح پر ایک پیلی اور چکنی اِندمابی جھلی بن جائے ۔ قبوہ (fornix) میں اِندماب کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ ملتحمہ ایک پیلی نیلگوں اور سپیدی مائل جھلی میں منتبدل ہو جاتا ہے، اور انقباض واقع ہونے کی وجہ سے برزخی دہراؤ (transition fold) چھوٹا یا غائب ہو جاتا ہے ۔

چوتھا درجہ، پیچیدگیوں کا ہوتا ہے۔ یہ پیچیدگیاں یا تو قرنیہ پر حثر (روہوں) کا حملہ ہو جانے کی وجہ سے، یا پپوٹوں اور ملتحمہ میں نُدبی بافت کے انقباض کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہیں۔

سریری اقسام۔ سریری اعتبار سے حثر (trachoma) ثانوی سرایتوں کے باعث متعدد اقسام پیش کرتا ہے۔ کبھی کبھی مرض کا حملہ حاد ہوتا ہے، جس میں نمایاں التہابی علامات ہوتے ہیں اور بکثرت ریمی مواد خارج ہوتا ہے۔ ایسی حالتیں ریمی التہابِ ملتحمہ (purulent conjunctivitis) سے مشابہ ہوتی ہیں۔ افراز میں سوزاکی نبقات (gonococci) اور مقامی طور پر حثری دانوں (trachoma granules) کے ملنے سے تفریقِ مرض میں مدد ملتی ہے، لیکن بعض اوقات ورم اسقدر ہوتا ہے کہ دانوں کو چھپا دیتا ہے۔ ایسی صورت میں ممکن ہے کہ ہمیں تشخیص کا صحیح فیصلہ کرنے سے پہلے چند روز انتظار کرنا پڑے تاکہ ورم کسیقدر کم ہو جائے۔

سادہ حثر غیر محسوس طور پر شروع ہوتا ہے۔ موضوعی علامات (subjective symptoms) کے تکلیف دہ ہونے سے پہلے ممکن ہے کہ وہ مہینوں نامعلوم طور پر موجود رہے۔ حثر کی بیشتر حالتیں اپنے اَمر میں مزمن ہوتی ہیں، اور فی الحقیقت مُدّتِ مرض مہینوں یا برسوں کی ہوتی ہے۔

سریری لحاظ سے حثر کی دو قسمیں پائی جاتی ہیں:

(۱) التہابی حثر (inflammatory trachoma). جس میں التہابی علامات موجود ہوتے ہیں۔ یہ قسم نہایت متعدی ہوتی ہے۔ اگر مرض کی روک تھام نہ کی جائے تو اس میں ملتحمہ کا اِندِ‌ماب (cicatrization)

اور مختلف عواقب پیدا ہو جاتے ہیں۔ (۲) سادہ یا غیر التہابی حثر (simple or non-inflammatory trachoma) جس میں دونوں

121

پپوٹوں کے ملتحمہ کے جفنی اور پس غضروفی حصوں میں جیلیٹی قسم کے دانوں کا اوسط درجہ کا یا نمایاں جماؤ ہوتا ہے، لیکن خراش یا تکلیف کے علامات خفیف ہوتے ہیں یا ہوتے ہی نہیں۔

التہابی علامات کی شدت کے اِن اختلافات کے علاوہ قرنیہ اور ملتحمہ کے تغیر کی مقدار میں بھی بہت اختلافات پائے جاتے ہیں۔ بعض حالتیں خفیف درجہ کی ہوتی ہیں، جن میں ملتحمہ کے اندر محض خفیف سی بیش پرورش (تضخم) اور ناقابل التفات ندبی تغیرات ہوتے ہیں، چنانچہ بعد میں ہمیں اِس کا بمشکل یقین ہوتا ہے کہ آیا حثر کا مرض موجود بھی تھا۔ ایسی خفیف حالتیں قرنیہ کی پیچیدگیوں سے عموماً محفوظ رہتی ہیں۔

اوسط درجہ کی اور شدید حالتوں میں ہمیشہ مستقل ندبی تغیرات (cicatricial changes) باقی رہ جاتے ہیں، جن کی وجہ سے ہم تشخیص کر سکتے ہیں کہ حثر کا مرض پہلے موجود رہ چکا ہے۔ جب قرنیہ ماؤف ہوتا ہے تو یہ حالت ہمیشہ خطرناک ہوتی ہے۔

حثر کی رفتار ہمیشہ مسلسل نہیں ہوتی، بلکہ اُس میں اکثر درمیانی وقفے اور اشتدادات (exacerbations) ہوتے رہتے ہیں۔ نکسِ مرض (relapse) اکثر بار بار ہوتا رہتا ہے، بالخصوص اُس وقت جبکہ علاج قبل از وقت اور جلد موقوف کر دیا جائے۔

پیچیدگیاں۔ سب سے زیادہ کثیر الوقوع پیچیدگیاں سبل

(pannus) اور تقرحِ قرنیہ (corneal ulceration) ہیں اور یہ دونوں بصارت میں خلل پیدا کردیتے ہیں۔

سَبَل (Pannus) ایک نوساختہ عروقی بافت ہوتی ہے، جو عموماً قرنیہ کے بالائی حصے کو ڈھانک دیتی ہے (شکل ۱۳۵، صفحہ ۱۱)۔ قرنیہ کا ماؤف حصہ ابر نما منظر پیش کرتا ہے، اور بھورا اور نیم شفاف ہوتا ہے۔ اُس کی سطح ناہموار اور عروق دار ہوتی ہے۔ یہ عروقِ دمویہ حدِ قرنیہ (limbus) پر کے ملتحمی عروق سے نکلتے ہیں۔ نئی بافت بننے کا یہ عمل آگے بڑھتا جاتا ہے، یہاں تک کہ یہ قرنیہ کے بالائی نصف حصہ کو ڈھانک دیتا ہے۔ بالآخر ممکن ہے کہ تمام قرنیہ ڈھک جائے۔ ایسی صورت میں بصارت کم ہوتے ہوتے صرف اتنی رہ جاتی ہے کہ محض ادراکِ نور (perception of light) باقی رہتا ہے۔ تاوقتیکہ مابعد تغیرات واقع نہ ہوجائیں، کامل رجعتِ قہقری (retrogression) یعنے بحالی ممکن ہے، اور اس کا نتیجہ یہ ہوسکتا ہے کہ قرنیہ پھر شفاف ہوجائے۔ نمایاں حالتوں میں التہابِ قزحیہ (iritis) پیدا ہوجانا ممکن ہے۔ سَبَل (pannus) صرف میکانی خراش ہی سے نہیں ہوتا، بلکہ اُسی قسم کی تبدیلی کی وجہ سے ہوتا ہے جیسی کہ ملتحمہ میں واقع ہوتی ہے۔

قرنیہ کے قرحے (ulcers) سَبَل کے ساتھ یا اُس کے بغیر واقع ہوتے ہیں۔ اِن قرحوں کے بعد عتمات (opacities) باقی رہ جاتے ہیں، جو اپنی جائے وقوع اور کثافت (density) کے لحاظ سے بصارت میں خلل انداز ہوتے ہیں۔

عواقب (Sequelæ)۔ صرف خفیف ترین حالتوں میں کامل شفا

ہو سکتی ہے ۔ شدید قسموں میں کامل شفا صرف اُس وقت ہو سکتی ہے جبکہ علاج ابتدا ہی میں کیا جائے ۔ اِس مرض کے عواقب نہایت عام ہیں، اور وہ ملتحمہ، قرنیہ اور پپوٹوں کو ماؤف کرتے اور آنکھ کو مستقل طور پر بیکار کر دیتے ہیں ۔

۱ ۔ شعر منقلب (ارتکاس الاہداب) (trichiasis) اور شترۂ داخلی (entropion) ملتحمہ کے ندبی انقباض (cicatricial contraction) اور ساتھ ہی غضروفِ جفنی (tarsus) کی خمیدگی کا نتیجہ ہوتے ہیں ۔ یہ اوپر کے پپوٹے میں زیادہ نمایاں ہوتے ہیں ۔ پپوٹہ کے اِس طرح بَل کھانے اور مُڑ جانے (تلویہ) اور بدیں وجہ پلکوں (اہداب) کے مقام میں تبدیلی واقع ہو جانے سے قرنیہ میں میکانی مداخلت ہو کر تقرح (ulceration) یعنے زخم پیدا ہو جاتا ہے ۔

۲ ۔ شترۂ خارجی (ectropion) (عموماً نیچے کے پپوٹے کا) ۔ یہ بعض مریضوں میں ملتحمہ کی بیش پرورش اور عضلۂ محیطیہ (orbicularis) کے انقباض کے بعد واقع ہو جاتا ہے ۔

۳ ۔ مقلی جفنی التصاق (symblepharon) ملتحمہ کے ندبی انقباض کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے ۔ جب یہ بہت زیادہ ہوتا ہے تو قبوہ (fornix) محو (obliterate) ہو جاتا ہے ۔ اِس عارضہ سے کرۂ چشم کی حرکات میں رُکاوٹ پیدا ہو جاتی ہے ۔

۴ ۔ غشاوتِ قرنیہ (corneal opacities) سَبَل اور قروحِ قرنیہ کے نتائج ہیں ۔ سَبَل تھوڑی مدت تک جاری رہنے کے بعد اتصالی بافت کی ایک پتلی اور دائمی تہ میں مبدل ہو جاتا ہے ۔

۵۔ بعض مریضوں میں بالآخر قرنیہ کا عنبہ (staphyloma) بن جاتا ہے۔

۶۔ جفوف (xerosis)۔ یہ ملتحمہ کی ایک سکڑی ہوئی، خشک اور چھلکے دار حالت ہے، جس کے ساتھ شدید حالتوں میں قرنیہ میں بھی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔

بحثِ اسباب۔ حثر یعنے روہوں یا گکروں کا مرض کسی دوسری آنکھ کے تعدیہ (چھوت) سے پیدا ہوتا اور افراز کے ذریعہ سے منتقل ہوتا ہے۔ کسی خاص حالت میں تعدیہ کے خطرہ کا انحصار اُس مریض کے افراز کی مقدار پر ہوتا ہے۔ مرض کا تعدیہ ایک آنکھ سے دوسری آنکھ میں اُنگلی کے ذریعہ منتقل ہو سکتا ہے، لیکن عموماً انتقال مرض تولیوں، رومالوں اور اسی قسم کی چیزوں کے ذریعہ سے ہوتا ہے، جو مشترک طور پر بہت سے لوگوں کے استعمال میں آتی ہوں۔ اسی واسطے یہ مرض مدرسوں، ماٰمن (asylums)، اور بارکوں میں، اور اُن لوگوں میں جو ہجوم و ازدحام کی حالت میں گنجان طور پر ایک ساتھ رہتے ہوں اور صفائی کے متعلق غیر محتاط ہوں، نہایت وسیع طور پر پھیلتا ہے۔ انگلستان میں یہ مرض خانگی مطب میں کبھی شاذ ہی دیکھا جاتا ہے۔ یہ روس، پولینڈ، ہنگری، جاپان، اور چین، نیز آیرستان میں عام ہے۔ بعض ملکوں، مثلاً عرب اور مصر، میں یہ خاص زیادتی کے ساتھ ہوتا ہے۔ مصر میں تو یہ ایک مقامی مرض (endemic) کی حیثیت رکھتا ہے۔ درحقیقت نیپولین کے زمانہ کی جنگوں میں یہ مرض فوجی سپاہیوں کے ذریعہ یورپ پہنچا [اسی واسطے اکثر اسکو رمد مصری (Egyptian ophthalmia)

کے نام سے یاد کیا جاتا ہے] - یورپ میں یہ مرض بہ نسبت مغرب کے مشرق میں بہت زیادہ وسیع طور پر پھیلا ہوا ہے، اور مرتفع ملکوں (مثلاً سُوٹزرلینڈ) کی نسبت پست زمینوں (مثلاً بلجیئم، ہالینڈ، ہنگری) میں بہت زیادہ کثیر الوقوع ہے - کہتے ہیں کہ حبشی اِس مرض سے مقابلۃً مامون (منیع :immune) رہتے ہیں - اِس مرض کی تسبیب (causation) ابتک نامعلوم ہے، لیکن خیال کیا جاتا ہے کہ وہ متعدی اساسی جُز (contagious principle) جو اس کے افراز میں ہوتا ہے، ایک خُرد عضویہ ہے - نوگوشی (Noguchi) نے حثر (trachoma) کے مریضوں میں سے ایک عضویہ علیحدہ کیا ہے، جس سے وہ بندروں میں بھی مرض (حثر) پیدا کر سکا، لیکن یہ شہادت کہ بندروں کے تجربی حثر کے بافتی جِرم (tissue substance) سے یہ مرض انسانی موضوع میں منتقل کیا جاسکتا ہے، متناقض اور غیر شافی ہے -

امراضیات - کوئی چیز مخصوص و ممیز نہیں - ملتحمہ کا غدہ آسا ہیکل (adenoid stroma) لِمفی خلیوں سے در ریختہ ہوجاتا ہے - ملتحمہ کی بیش پرورشی ہوکر اُس میں شکنیں پڑنے اور اِن شکنوں کے درمیان نشیبوں کے حائل ہوجانے سے حُلیمات (papillæ) پیدا ہوجاتے ہیں، جو سرحلمہ (epithelium) کی افزائش سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں - دانے لِمفی خلیوں کے گول گول اجتماعات ہیں، جن کے اندر چند اَکّال خلیے (phagocytes) ہوتے ہیں - یہ نازک اتصالی بافت کے ایک شبکہ (جالی) میں ہوتے ہیں، جو گرد و پیش کی بافتوں میں ضم ہوجاتا ہے - یہ ساخت آنتوں میں پائی کی پےیر کی چکتیوں (Peyer's patches)

سے، اور حلق کے غدودہ (adenoids) کی ساخت سے مشابہ ہے، اور عملاً وہی ہے جو جرابی التہاب ملتحمہ (follicular conjunctivitis) میں جرابات (follicles) کی ہوتی ہے۔ آخری درجوں میں ہیکل اور خلیات دونوں میں زجاجی انحطاط (hyaline degeneration) واقع ہونے کا رجحان ہوتا ہے، اور لیفی بافت (fibrous tissue) پیدا ہو کر دانوں کے گرد ایک نامکمل غلاف بنا دیتی اور ندبی بند بھی پیدا کر دیتی ہے۔

علاج یہ ہے کہ التہابی علامات کو اور افراز کو کم کرنے اور ملتحمہ کی بیش پرورش (تفخم) کو روکنے کی کوشش کی جائے، اور اس طرح مرض کی مدت کو مختصر کر کے ملتحمی اندماب (conjunctival cicatrization) کے امکان کو کم کیا جائے۔ یہ مقصد بعض خراش آور ادویہ لگا کر یا میکانی (جراحی) ذرائع استعمال کر کے حاصل کیا جاتا ہے۔

خراش آور اطلاقات (Irritating applications)-

شیشہ کی سلاخ پر نرم روئی لپیٹ کر اور اُسے مرکیورک کلورائڈ کے محلول (۵۰۰ : ۱) میں بھگو کر اُس سے ملتحمہ کو خوب رگڑا جائے سیلفیٹ آف کاپر (نوتیائے سبز) کا ایک ٹکڑا یا قلم مقامی طور پر لگانا ایک مقبول طریقۂ علاج ہے۔ نائٹریٹ آف سلور (nitrate of silver) (ایک یا دو فیصدی محلول)، گلیسرول آف ٹینن (glycerole of tannin) (۵ تا ۲۵ فیصدی)، اور پھٹکری (alum) کی قلم بھی استعمال کی جاتی ہے۔

جراحی علاج میں اعتصار (نچوڑنا) (exxpression)،

احتکاک (رگڑنا) (grattage)، قطع واخراج (excision)، اجتراف (کھرچنا) (curetting)، برق پاشیدگی (electrolysis)، لاشعائیں (X-rays)، ریڈیئم (radium)، اور کی گلوانی (galvano-cautery) شامل ہیں۔ میکانی طریقوں میں اعتصار یعنے روہوں کو دبا کر نچوڑ دینے کا طریقہ سب سے زیادہ مقبول ہے اور یہ وسیع ترین منفعت رکھتا ہے۔ یہ امر کہ حثر (روہوں) کے لئے کونسا علاج سب سے زیادہ موزوں ہوگا، اِس پر منحصر ہے کہ مرض کس نوعیت کا ہے، التہابی علامات موجود ہیں یا نہیں، اور مرض کس درجہ میں ہے۔ حثر کی دانہ دار (granular) اور مخلوط قسموں میں، جن میں دانے خوب نمایاں اور نیم شفاف ہوں اور شدید التہابی علامات غیر موجود ہوں، میکانی علاج کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ (میکانی) علاج اُس قسم میں جس کو نیپ (Knapp) سادہ یا غیر التہابی قسم کے نام سے یاد کرتا ہے، خاص طور پر مفید ہے۔ خراش آور اطلاقات (irritating applications) جراحی تدابیر کے بعد ضمیمی علاج کے طور پر، اور مزمن حثر (chronic trachoma) کے مریضوں کے لئے استعمال کئے جاتے ہیں جن میں دانے چھوٹی جسامت کے یا حُلَیمی قسم (papillary variety) کے ہوتے ہیں، خاصکر اُس وقت جبکہ ملتحمہ بہت دبیز ہوگیا ہو۔

حاد صورتوں میں اور مزمن حالتوں کے حاد اشتدادات میں، جب مواد بہت زیادہ نکلتا ہو، نائٹریٹ آف سلور کا ایک یا دو فیصدی طاقت کا محلول ملتحمہ پر لگایا جاتا ہے اور اِس دوا کی زیادتی کو پانی یا نمک کے محلول سے دھوکر خارج کردیا جاتا ہے لیکن اِس قسم کی

بہت سی حالتوں میں اکثر یہی مناسب ہوتا ہے کہ تمام خراش آور علاجوں کو عارضی طور پر ملتوی کر کے رفادات بارِدہ (cold compresses)، آرجرال (argyrol) کے ۲۵ فی صدی طاقت کے محلول کے اِقطارات (instillations)، اور ہلکے مُصفّی اور دافع عفونت چشم شوئے (mild cleansing and antiseptic washes) تجویز کیے جائیں۔



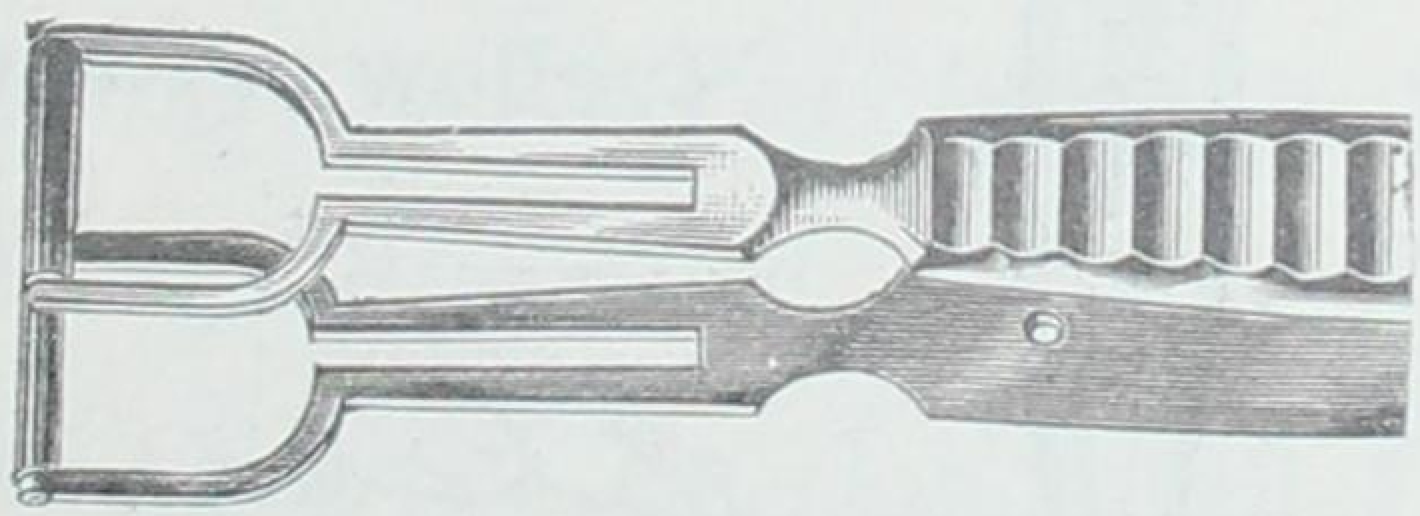
ندبی درجہ (cicatricial stage) میں توتیائے سبز (copper sulphate) کے استعمال کی ضرورت باقی نہیں رہتی۔ اِس وقت یلو آکسائڈ آف مرکیوری (yellow oxide of mercury) کا مرہم کارآمد ہوتا ہے۔

اگر تضخم کے تمام آثار غائب ہو جانے تک علاج جاری نہ رکھا جائے تو نکسات (relapses) نہایت عام ہیں۔

شکل ۱۲۳۔ توتیائے سبز کی قلم (Sulphate of Copper Stick)

توتیائے سبز (Sulphate of Copper)۔
اِس کی قلم پپوٹوں کو اُلٹ کر روزانہ ایک بار یا ہر تیسرے دن لگائی جاتی ہے۔ اِس کو ملتحمہ پر دو یا تین بار ہلکے ہاتھ سے پھیر دیا جاتا ہے۔ لیکن اِسے صرف متضخم (hypertrophied) حصّوں پر ہی لگانا چاہیئے۔ اوپر کے پپوٹے کے برزخی دہراؤ (transition fold) کے جفنی حصّے پر بھی لگانا چاہیئے۔ توتیا کی قلم کو غضروفِ جفنی (tarsus) کے نیچے سے گذارتے وقت قرنیہ کو نیچے کے پپوٹے کی مدد سے

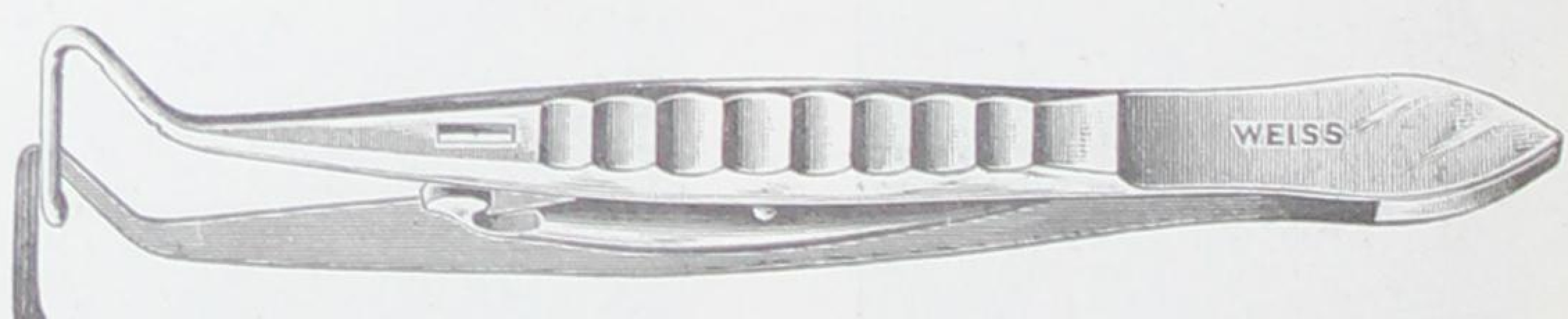
محفوظ رکھنا چاہیئے (شکل ۱۲۶) توتیا کی قلم کا سِرا کُند اور چپٹا ہونا چاہیے (جیسا کہ شکل ۱۲۳ میں بتلایا گیا ہے)، نہ کہ نوکدار یا مخروطی۔ توتیائے سبز کو لگانے کے بعد ہر بار اُس کی زیادتی کو پانی سے یا بورِک ایسڈ کے محلول سے دھو ڈالنا چاہیئے۔ ازاں بعد نصف ساعت یا اِس سے بھی زیادہ دیر تک برفانی رفادات (iced compresses) لگائے جاتے ہیں۔ یہ علاج مہینوں جاری رکھا جاتا ہے، یہانتک کہ بیش پرورش یا تضخم (hypertrophy) کا کوئی شائبہ باقی نہ رہے۔ کچھ عرصہ گذرنے کے بعد یہ اِطلاقات (applications) اور بھی زیادہ ہلکے ہاتھ سے اور زیادہ طویل وقفوں کے بعد لگائے جاتے ہیں۔



شکل ۱۲۴ ۔ نیپ کا بیلن دار چمٹا روہوں کے لئے (پوری جسامت کا) (Knapp's Roller-Forceps Trachoma) ۔(Full Size)

اعتصار ۔ دبا کر نچوڑنا (Expression) ۔ یہ عمل نیپ کے دوّار کلابیب (بیلن دار چمٹے Knapp's roller-forceps) کے ذریعہ کیا جاتا ہے، اور بہتر یہ ہے کہ اِس طریقہ سے اُن شدید حالتوں ہی میں کام لیا جائے جن میں بہت سے جرابات (follicles) موجود ہوں۔ اِس چمٹے کے پھلوں کے سروں پر دو دندانہ دار بیلن (fluted rollers) ہوتے ہیں۔ دانوں کو ان بیلنوں کے درمیان دبا کر نچوڑ دیا جاتا ہے (شکل ۱۲۴)۔ اِس عمل میں درد زیادہ ہوتا ہے،

لہذا ایک عمومی معدمِ حس دوا (general anæsthetic) کی ضرورت ہوتی ہے۔ اوپر کے پپوٹے کو اُلٹ کر حشری جرابات (trachoma follicles) کو چمٹے کے دونوں بیلنڈاریوں کے درمیان دبا کر نچوڑ دیا جاتا ہے۔ ایک سرے کو نیچے قبوہ (fornix) کے اندر اور دوسرے سرے کو غضروف جفنی (tarsus) کے اوپر رکھا جاتا ہے۔ اب متوسط درجہ کا دباؤ استعمال کرتے ہوئے اور دانوں کے مافیہ کو نچوڑتے ہوئے چمٹے کو آگے کھینچا جاتا ہے (شکل ۱۱۸)۔ یہ عمل بار بار کیا جائے یہانتک کہ پپوٹے میں دانے باقی نہ رہیں، اور ایک گہری سُرخ سطح پیدا ہو جائے



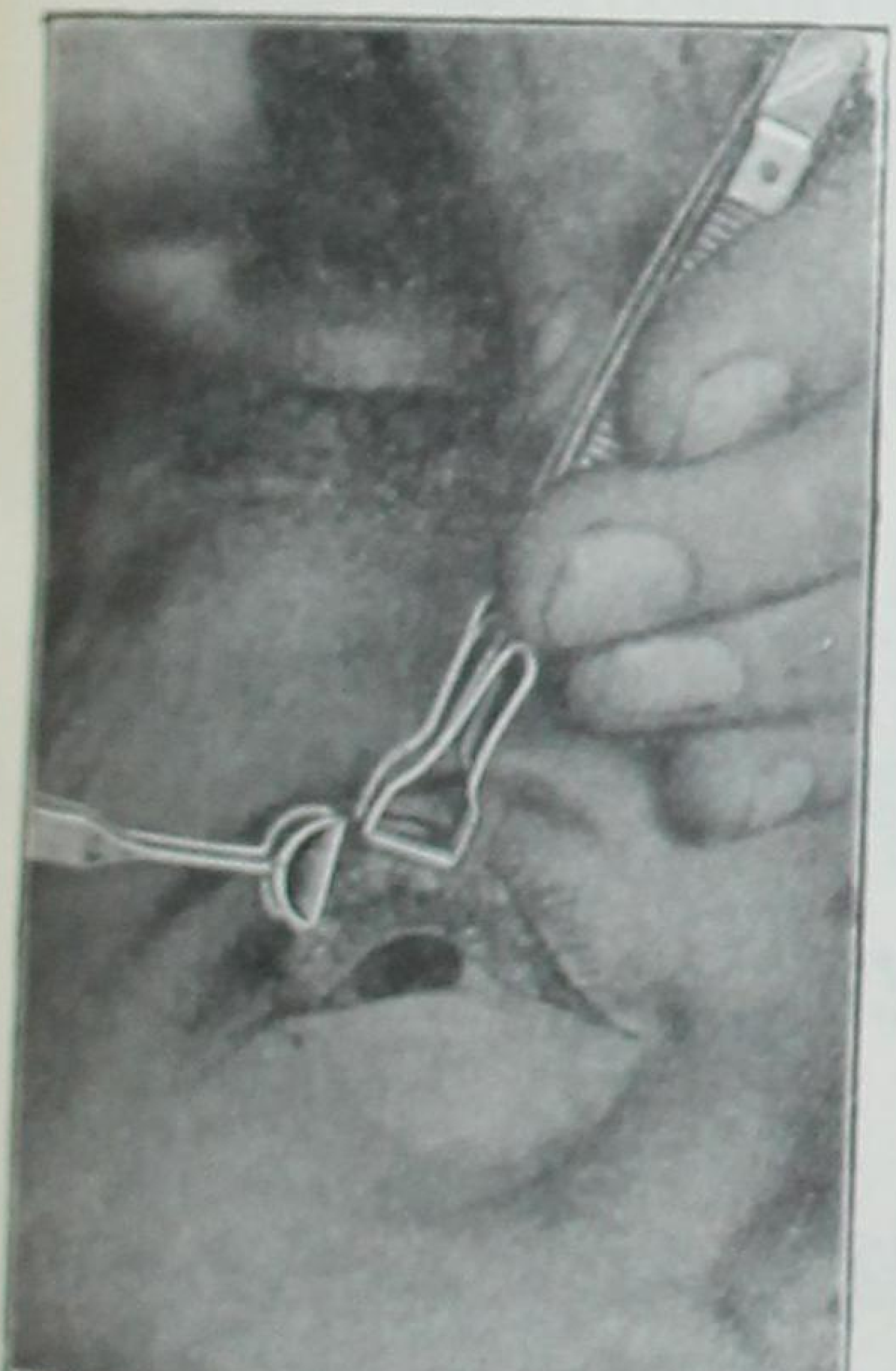
شکل ۱۲۵۔ ٹرِیل کا چمٹا (Tyrrel's Forceps)۔

جس میں چھوٹے چھوٹے سُرخ نقطے موجود ہوں۔ اِس کے بعد نیچے کے پپوٹے پر بھی اِسی طریقہ سے عملیہ کیا جائے۔ اِعتصار (دبا کر نچوڑنے) کے بعد ملتحمہ پر اکثر بار بار مرکیورک بائی کلورائڈ (mercuric bichloride) (۱ : ۵۰۰) کے محلول سے تر کیا ہوا برش (پھریری) زور سے پھیرا جائے۔ اِس امر کی احتیاط رکھنی چاہیئے کہ قرنیہ میں کوئی خراشیدگی (abrasion) نہ پیدا ہونے پائے اور ملتحمہ نہ پھٹنے پائے۔ اگر دانے بینگ جیسے سخت ہوں تو بیلن دار چمٹا استعمال کرنے سے پہلے اُن پر پچھنے لگا دینا (scarify) (یعنے چھوٹے چھوٹے اور کم گہرے شگاف لگانا)

بہتر ہے ۔ عملیہ کے بعد دو ایک روز تک ورم اور کدم رہتا ہے، لیکن کسی تعامل (reaction) کے ظواہر نہیں پائے جاتے ۔ چند روز تک رفاداتِ باردہ (cold compresses) کا استعمال اور بورک ایسڈ کے محلول سے نطول (irrigation) کرنا چاہیئے ۔ ازاں بعد اگر کوئی



شکل ۱۲۶ - اوپر کے پپوٹے کے ملتحمہ پر توتیائے سبز (کاپر سلفیٹ) کی قلم لگانے کا طریقہ ۔



شکل ۱۲۷ - حرث کے لئے اعتصار (روبول کو دبا کر نچوڑنے) کا عملیہ اوپر کے پپوٹے کے لئے (Expression for trachoma-upper lid)

کھردراپن باقی رہ جائے تو اس کے تدارک کے لئے، چند ہفتوں تک یا جب تک کہ پپوٹے اپنی طبعی حالت پر نہ آجائیں، توتیائے سبز کی قلم

نہایت آہستگی کے ساتھ ہر تیسرے دن پھیری جائے۔

جب دانے کم ہوں، یا جب وہ لُحَیمہ (caruncle) یا ثنیّہ (plica) پر واقع ہوں جہاں بیلن دار چمٹے کی رسائی اُن کے پاس تک نہ ہو سکتی ہو تو بہترین طریقہ یہی ہے کہ مقامی بے حسی پیدا کرکے اُنھیں ٹرِیل کے چمٹے سے دبا کر نچوڑ دیا جائے۔ اِس طرح منفرد دانوں کو لے کر یہی عمل، بچوں تک میں، حسب ضرورت مکرر کیا جا سکتا ہے۔

روہوں کے علاج کے دوسرے میکانی یا جراحی طریقے اعتصار (expression) کے مقابلہ میں بہت کم استعمال کئے جاتے ہیں۔ احتکاک (grattage) اُس طریقے کو کہتے ہیں جس میں، ماسبق تشریط (scarification) (پچھنے لگانے) کے بعد یا اُس کے بغیر، تمام دانوں کو ایک سخت دانت کے برش سے رگڑ رگڑ کر نکال دیا جاتا ہے، پھر وہاں مرکیورک بائی کلورائڈ (۱ : ۵۰۰) خوب مل دیا جاتا ہے۔ قطع واخراج (Excision) وہ طریقہ ہے جس میں ملتحمہ کے تقریباً ۱ ملی میٹر چوڑے دہراؤ کو جس میں دانے ہوتے ہیں کاٹ کر نکال دیا جاتا ہے۔ اِن دونوں طریقوں میں ملتحمہ کو اعتصار (expression) کی نسبت زیادہ زخم پہنچتا ہے۔ بعض سرجن ملتحمہ کو اُلٹ کر اُسے لاشعاعوں (X-rays) یا ریڈیئم کے زیر اثر کھلا رکھنے کی سفارش کرتے ہیں۔ اِن دونوں طریقوں سے اناڑی ہاتھوں سے بہت نقصان پہنچنے کا خدشہ ہو سکتا ہے۔

127

بالائی غضروف جفنی میں بہت سی جرابوں کے تدارک کے لئے کاربن ڈائی آکسائڈ سنو (carbon dioxide snow) بہت مفید ہوتا ہے۔ اُسے آدھے منٹ کے لئے لگانا چاہئے، اور ایک ہفتہ یا عشرہ

کے وقفہ سے دو یا تین بار کرر لگانا چاہیے۔

پیچیدگیوں کا علاج - تازہ سبل (pannus) کے علاج کے لئے بہترین طریقہ یہی ہے کہ ملتحمہ کا علاج کیا جائے۔ علاوہ ازیں ہم کبھی کبھی ایٹروپین (atropine) بھی استعمال کر سکتے ہیں تاکہ پتلی پھیلی رہے اور مؤخر التصاقاتِ قزحیہ (posterior synechise) پیدا نہ ہونے پائیں، کیونکہ اِن حالتوں میں اکثر التہابِ قزحیہ (iritis) تو موجود ہوتا ہی ہے۔ اگر سبل (pannus) بہت کثیف (گھنا) ہے تو ہم قرنیہ پر راست توتیا لگا سکتے ہیں۔ ایسی حالتوں کے لئے ایک زمانہ میں بروں گردیدہ (اُلٹائے ہوئے) ملتحمہ میں جیکویریٹال (jequiritol) یا جیکویریٹی کے بیج (jequirity seed) کا ۳ فیصد جیساندہ ملنے کے رواج کی بڑی تائید کی جاتی تھی، لیکن اب اُس کو ترک کر دیا گیا ہے، کیونکہ اِس کے تعامل (reaction) کو قابو میں رکھنا مشکل ہوتا ہے، اور بعض مثالوں میں قرنیہ کا اتلاف واقع ہو گیا ہے۔ سبل کی شدید حالتوں کے تدارک کے لئے کبھی کبھی محیط شگافی (peritomy) کا عملیہ کیا جاتا ہے، جس میں عروقی رسد کو منقطع کرنے کے مقصد سے قرنیہ کے گرداگرد ملتحمہ کی ایک پتلی دھجی کاٹ کر نکال دی جاتی ہے۔ جب تقرح (ulceration) زیادہ تیزی کے ساتھ ہو تو اکثر نائٹریٹ آف سلور، اور اگر التہابِ قزحیہ (iritis) کا شبہ ہو تو ایٹروپین استعمال کیا جاتا ہے۔

عام علاج سے بھی غافل نہیں ہونا چاہیے۔ نمک، بورک ایسڈ، یا بائی کلورائڈ آف مرکیوری (۱ : ۱۰،۰۰۰) کے محلول سے آنکھ کو بار بار

صاف کیا جائے۔ مریض کے صحّی ماحول کو مناسب ترویح (ventilation)، وافر بیرونِ خانہ ورزش (outdoor exercise) اور عمدہ خوراک کے ذریعہ جس قدر ممکن ہو کامل کیا جائے۔

حفظ ماتقدم (Prophylaxis)۔ یہ نہایت اہم ہے۔ مریض اور اُس کے خاندان کے لوگوں کو افراز کی متعدی نوعیت سے آگاہ کر دینا چاہیے، اور مریض کے رومالوں، تولیوں، منہ دھونے کے طشت وغیرہ کو دوسروں کی اس قسم کی چیزوں سے دور رکھنے کی ضرورت اور اہمیت اُن کے ذہن نشین کر دینا چاہیے۔

128

مدارس، مآمن (asylums)، اداروں (institutions) اور بارکوں میں حثر (روہوں) کی وباؤں کی روک تھام نہایت اہم چیز ہے جس کے لئے مسلسل خبرگیری کی ضرورت ہوتی ہے، ہر نووارد اور مکین کا بہ احتیاط معائنہ کرنا پڑتا ہے، اور رو ہے کے مریضوں کو جبتک کہ وہ مرض کو منتقل کرنے کی قابلیت رکھتے ہوں علیحدہ رکھنا پڑتا ہے۔

پارینا ڈی التہاب ملتحمہ (Parinaud's Conjuativitis)۔ یہ ملتحمہ کا وہ مرض ہے جو ایک نحیف شعریہ (leptothrix) کی سرایت سے پیدا ہو جاتا ہے۔ کہا جاتا ہے کہ بلّیوں اور شاید دوسرے گھریلو جانوروں کا مُنہ منبع سرایت ہے۔ یہ مرض عموماً ایک ہی آنکھ تک محدود رہتا ہے۔ مقامی علامات یہ ہیں کہ ملتحمی سرحلمہ کے نیچے بھورے یا زردی مائل رقبے پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ وہ مقامات ہیں جہاں ساختوں میں بڑے یک نواتی خلیّوں (large mononuclear cells) کی دررزش اور اِس کے گرد بافت کا

تنخر (necrosis) ہوتا ہے۔ اِس کے ساتھ ہی لمفی جرابات کی عمومی کلانی ہوتی ہے۔ تقرّح نہیں ہوتا۔ اِن ملتحمی تغیرات کے ساتھ ساتھ پیش اُذنی غدہ (preauricular gland) کی التہابی کلانی نمایاں ہوتی ہے، مگر تقیّح (پیپ بننے) کا رجحان نہیں ہوتا۔ بنیئی اختلال محض خفیف سا ہوتا ہے، درد کچھ نہیں ہوتا، اور بے آرامی شائد ہی کچھ ہو۔ اِنذار (پیش اندازہ) امید افزا ہوتا ہے، اور چند ہفتوں کے اندر بالآخر شفا ہو جاتی ہے۔ علاج وہی ہے جو عام طور پر التہابِ ملتحمہ (conjunctivitis) کا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اِس مرض کو تدرنی اِلتہابِ ملتحمہ (tuberculous conjunctivitis) سے متفرق کرنا پڑے۔

نُفَیطی التہابِ ملتحمہ

(Phlyctenular Conjunctivitis)

یہ مرض جو قائحی التہابِ ملتحمہ (pustular conjunctivitis) اور رَمَدِ خنازیری (scrofulous ophthalmia) کے ناموں سے بھی مشہور ہے، ملتحمہ کا ایک محدود ورم ہے جس کے ساتھ ایک یا زیادہ چھوٹے سُرخ اُبھار پیدا ہو جاتے ہیں، جنکو نُفَیطات (phlyctenulæ) کہتے ہیں۔ یہ نُفیطات لِمف آسا خلیات (lymphoid cells) کے اجتماعات ہیں جو اپنے راس پر نرم ہو کر چھوٹے چھوٹے قرحے بنا دیتے ہیں۔ یہ نُفیطات عینی ملتحمہ پر واقع ہو سکتے ہیں اور اِس صورت میں مرض کو نُفیطی التہابِ ملتحمہ (phlyctenular conjunctivitis) کہا جاتا ہے۔

یہ قرنیہ پر بھی واقع ہو سکتے ہیں، اور اس صورت میں مرض کو نُفَیطی التہابِ قرنیہ (phlyctenular keratitis) کے نام سے یاد کیا جاتا ہے۔ یا جیسا کہ زیادہ اکثر ہوتا ہے، یہ حدِّ قرنیہ (limbus) پر واقع ہوتے ہیں، چنانچہ ایسی حالت میں ہم مرض کو یا تو التہابِ قرنیہ (keratitis) کہہ سکتے ہیں، یا التہابِ ملتحمہ (conjunctivitis)۔ اکثر اوقات یہ نُفَیطات ایک ہی شخص میں اِن تینوں مقامات پر واقع ہوتے ہیں۔ چونکہ تمام حالتوں میں اِس مرض کی امراضیات (pathology)، علامات، اور علاج بھی یکساں ہے، لہٰذا اِن تینوں اقسام کو مجموعی طور پر رَمَدِ نُفَیطی (phlyctenular ophthalmia) کے عنوان کے تحت بیان کرنا باعثِ سہولت ہوگا۔

129　**معروضی علامات** (Objective Symptoms)۔ اصلی امارات یہ ہے کہ ملتحمہ یا قرنیہ کے کسی حصّے پر، اور بیشتر اوقات حدِّ قرنیہ (limbus) پر، ایک یا زائد چھوٹے اُبھار یا گرہیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ نُفَیطہ (phlyctenule) ملتحمی بَیش دمویت (conjunctival hyperæmia) کے ایک رقبہ سے گھرا ہوا ہوتا ہے (شکل ۱۲، صفحہ ۱۰)۔ عینی ملتحمہ کے غیر ماؤف حصّے اپنی معمولی حالت سے بہت کم متغیر ہوتے ہیں۔ نُفَیطہ کے راس پر جلد ہی ایک چھوٹا تقرح ظاہر ہوتا ہے، اور پھر یہ گرد و پیش کے ملتحمہ کا لیول اختیار کر لیتا ہے۔ یہ ملتحمہ میں کوئی تغیرات پیدا کئے بغیر مندمل ہو جاتا ہے۔ یہ سارا عمل چند دن سے لے کر دو ہفتہ تک جاری رہتا ہے۔

عام طور پر ایک ہی وقت میں کئی نُفَیطات پیدا ہو جاتے ہیں۔

اِس طریقہ سے ممکن ہے کہ سارا عینی ملتحمہ سُرخ ہو جائے - ایسی حالتوں میں جفنی ملتحمہ (palpebral conjunctiva) بھی ممتلی ہو جائے گا۔ ممکن ہے کہ یہ گرہیں تقرح کے درجہ سے گذرے بغیر جذب ہو جائیں۔

جب نُفیطہ قرنیہ پر ظاہر ہوتا ہے تو ورریزشیں اور بعد میں پیدا ہونے والے قرحے عموماً سطحی ہوتے ہیں، اور قرنیہ میں دائمی تغیرات پیدا کئے بغیر مندمل ہو جاتے ہیں۔ لیکن بعض اوقات وہ قرنیہ کے جرم کے اندر پھیل جاتے ہیں، جسکے بعد ایک دائمی عتمیت (permanent opacity) باقی رہ جاتی ہے۔ شاذ حالتوں میں قرحہ قرنیہ میں سوراخ کر دیتا ہے۔ بعض اوقات ممکن ہے کہ کئی قرحے باہم مل کر اُس کی سطح پر پھیل جائیں۔

حُزمی التہاب قرنیہ (Fascicular Keratitis)-

ممکن ہے کہ نُفیطہ سے پیدا ہونے والا قرحہ قرنیہ کے حاشیہ سے آگے بڑھتے بڑھتے اُس کے مرکز تک جا پہنچے، اور اپنے ساتھ خون کی رگوں کا ایک حزمہ کھینچتا لیجائے۔ اِس طریقہ سے عروق کا ایک پتلا سُرخ بند بنجاتا ہے، جو قرنیہ پر کچھ فاصلہ تک پھیلتا ہے (شکل ۱۳۶، صحفہ ۱۱)- اِس حزمہ کے راس پر ایک چھوٹا بھورا ہلال نظر آتا ہے، جو قرحہ کے بڑھتے ہوئے حاشیہ سے متناظر ہوتا ہے، مگر قرحہ اپنے محیطی حصّوں میں مندمل ہو چکا ہوتا ہے۔ اِس قسم کا تقرح ہمیشہ سطحی رہتا ہے۔ جب یہ عمل ختم ہو جاتا ہے تو خون کے عروق بہ تدریج غائب ہو جاتے ہیں اور ایک سطحی خطّی عتمیت (linear opacity) باقی رہ جاتی ہے۔

شدید حالتوں میں نُفیطہ قرنیہ کے گہرے طبقوں کو بھی ماؤف

کر کے گہری دررِیزش پیدا کر سکتا ہے۔ یہ دررِیزش یا تو بالکل جذب ہو جاتی ہے، یا اِس کے بعد قرنیہ میں ایک عتمیت (opacity) باقی رہ جاتی ہے۔ شاذ صورتوں میں یہ دررِیزش ریمی ہو جاتی ہے اور اِس کا نتیجہ ایک گہرا قرحہ ہوتا ہے۔

130 عموماً تدمّع (lacrymation) بکثرت ہوتا ہے۔ اگر کسی قسم کا مواد خارج ہوتا ہے تو وہ مخاطی یا مخاطی ریمی ہوتا ہے اور اُس کی مقدار زیادہ نہیں ہوتی۔

معروضی علامات (Subjective Symptoms)۔ جب قرنیہ ماؤف ہو تو نمایاں نور ترسی (photophobia) موجود ہوتی ہے مگر ملتحمی اصابات میں نور ترسی خفیف یا غیر موجود ہوتی ہے۔ جب نور ترسی واضح طور پر نمایاں ہو تو معتدبہ جفنی تشنج (blepharospasm) پایا جاتا ہے اور آنکھوں کا امتحان صرف دقّت کے ساتھ کیا جا سکتا ہے۔

عمر۔ نُفَیطات (phlyctenules) یکے بعد دیگرے فصلوں کی صورت میں (in crops) پیدا ہوتے ہیں۔ ایک نُفَیطہ کامل طور پر اچھا ہونے سے پہلے دوسرے نُفَیطہ کے نکل آنے کا رجحان ہوتا ہے۔ اِس طریقہ سے ممکن ہے کہ مرض کا عمر طول کھینچے اور ہفتوں جاری رہے۔ ہر نُفَیطہ چند روز سے لیکر دو ہفتے تک جاری رہتا ہے۔

نِکسِ مرض (relapse) بہت عام ہے۔ یہ مرض بچوں اور نو عمروں میں نہایت کثیر الوقوع ہے، مگر بالغوں میں بھی دیکھنے میں آتا ہے۔ بالغوں میں ایک منفرد بڑا نُفَیطہ پیدا ہو کر اکثر برصلبیتی التہاب (episcleritis) کے مقامی علامات پیش کرتا ہے۔

ہمیشہ آنسو نکلتے رہنے کا نتیجہ اکثر یہ ہوتا ہے کہ جفنی التہاب (blepharitis)، اِنسحاجات (excoriations) (پوست کنی) اور پپوٹوں کا ایکزیما مستزاد ہو جاتا ہے۔

انذار (پیش اندازہ) امید افزا ہوتا ہے۔خطرناک نتائج شاذ ہیں۔نُفَیطات عموماً کوئی آثار نہیں چھوڑتے۔بعض حالتوں میں کم یا زیادہ کثافت کے عتماتِ قرنیہ (corneal opacities) باقی رہ جاتے ہیں، اور اگر یہ مرکزی ہوتے ہیں تو بصارت میں خلل واقع ہوتا ہے۔اگر نُفَیطات بار بار ہوتے رہیں تو ممکن ہے کہ قرنیہ میں متعدد ابرنما عتمات (opacities) اور اُن کے ساتھ سطحی عروقِ دمویہ پیدا ہو جائیں۔

بحثِ اسباب۔یہ مرض بہت عام ہے۔معلوم ہوتا ہے کہ اِس کا اِنحصار کسی بنیئی خرابی (constitutional error) پر ہوتا ہے۔یہ زیادہ تر ایسے بچوں میں ہوتا ہے جو تدرّنی (tuberculous) یا نام نہاد خنازیری مزاج (scrofulous diathesis) رکھتے ہیں۔یہ مرض خاصکر ادنیٰ طبقہ کے لوگوں میں بہت زیادہ ہوتا ہے، جن میں گندگی، ناقص غذا، اور غیر صحت بخش ماحول اسبابِ مُعِدّہ کے طور پر عامل ہوتے ہیں۔نیز یہ اُن بچوں میں زیادہ ہوتا ہے جو مرض کی وجہ سے کمزور ہو گئے ہوں یا سابقہ استعداد مزاج (predisposing diathesis) کے دیگر ظواہر، مثلاً عنقی لمفی غدد کا ورم، غدودہ کی روئیدگیاں (adenoid vegetations)، ایکزیما، نزلہ و زکام، جفنی التہاب، مزمن سیلان الاذن (chronic otorrhœa) وغیرہ

اکثر دیکھنے میں آتے ہیں لیکن بعض اوقات یہ مرض اعلیٰ طبقہ کے بچوں میں بھی پایا جاتا ہے، جو بہ ظاہر اچھی صحت کے معلوم ہوتے ہیں۔

امراضیات۔ نُفیطات (phlyctenules) کا آغاز قرنیہ اور ملتحمہ کی زیرِ سرحلمی تہ کی درریزش سے ہوتا ہے، جس میں بہت سے یک نواتی سفید خلیے (mononuclear leucocytes) اور بعض حالتوں میں کثیر الاشکال نواتی سفید خلیے (polymorphonuclear leucocytes) شامل ہوتے ہیں۔ اس کے ساتھ سرحلمی پوشش میں بجز سفید خلیوں کی درریزش کے اور کوئی تغیر نہیں ہوتا۔ یہ درریزش ایک گرہک بنا دیتی ہے جو سطح سے کسی قدر اوپر ابھری ہوئی ہوتی ہے جب خلیوں کی بیش تکوین (hyperplasia) زیادہ نمایاں ہوتی ہے تو تنخر (necrosis) واقع ہو کر گرہک پھوٹ جاتی ہے اور ایک قرحہ بنجاتا ہے۔ نبقات عنبیہ (staphylococci) بڑی تعداد میں موجود ہوتے ہیں، اور ان کے ساتھ وہ دقیق عضویے بھی ہوتے ہیں جو نازلی التہابِ ملتحمہ (catarrhal conjunctivitis) کے ساتھ پائے جاتے ہیں۔ اندمال کے دوران میں، بہت سی حالتوں میں جبکہ درریزش سطحی ہو، اس نقص کی جگہ سرحلمہ پیدا ہو جاتا ہے۔ زیادہ گہری ماؤفیت کی حالتوں میں نقص کی جگہ ندبی بافت (scar tissue) لے لیتی ہے۔

131

علاج۔ مقامی۔ دُھلے ہوئے کیلومل (washed calomel) کو جو باریک پیس لیا گیا ہو، کُرہ چشم پر دن میں ایک بار چھڑک دینا چاہیے۔ خیال کیا جاتا ہے کہ یہ آنسوؤں کے عمل اور اثر سے بتدریج

کروسیو سبلیمیٹ (corrosive sublimate) میں متبدل ہو جاتا ہے
اور اِسطرح سے آنکھ کو ایک دافعِ عفونت سیال سے مغسول (دُھلا ہوا)
رکھتا ہے - اگر مریض آیوڈائڈز (iodides) داخلی طور پر استعمال
کر رہا ہے تو اس صورت میں ممکن ہے کہ کیلومل خراش پیدا کر دے،
جس کی وجہ غالباً یہ ہوتی ہے کہ یہاں مقامی طور پر مرکیورک آیوڈائڈ
(mercuric iodide) بنجاتا ہے - یلو آکسائڈ آف مرکیوری
(yellow oxide of mercury) کا مرہم (۱ یا ۲ فیصدی) بھی
ایک پسندیدہ دوا ہے - اِس مرہم کو بقدر ایک تخمِ قنب (hemp-
seed) کے لیکر ملتحمی تاچہ میں رکھدیا جاتا ہے اور پھر اُسے پلکوں سے
مَل کر پھیلا دیا جاتا ہے - جب بہت زیادہ خراش موجود ہو تو قرینِ مصلحت
یہ ہے کہ التہاب کے کم ہونے تک یلو آکسائڈ کے مرہم کا استعمال
روکدیا جائے - اگر خراش کے علامات بہت زیادہ نمایاں ہوں تو
بہتر یہ ہے کہ بورک ایسڈ کے محلول سے نطول (irrigation) کیا جائے
اور اگر نفیطات ملتحمہ کو ماؤف کر رہے ہوں تو ٹھنڈی گدیاں (cold
pads) لگائی جائیں، اور اگر وہ قرنیہ پر بنے ہوں تو گرم رفادات
(hot compresses) استعمال کئے جائیں -

اگر قرنیہ میں قرحہ یا درریزش ہے تو ایٹروپین (atropine)،
گرم رفادات، اور ہلکے دافعِ عفونت غسولات استعمال کرنا چاہئے -
اگر حزمی التہابِ قرنیہ (fascicular keratitis) ہو تو یلو آکسائڈ
آف مرکیوری کا مرہم استعمال کیا جائے - ایسی حالتوں میں ہم
اکثر گیلوانی بکواۃ (galvano-cautery) کی باریک نوک (شکل ۱۳۸)

سے، یا صبغیۂ آیوڈین (tincture of iodine) (صفحہ 149) سے قرحہ کی آگے بڑھتی ہوئی کور کو داغ کر مرض کی ترقی کو منقطع کر دیتے ہیں۔ پٹّیاں نہیں باندھنا چاہیئے۔ پٹّی صرف عمیق تقرّح (deep ulceration) کی انتہائی حالتوں میں باندھنا ضروری ہے۔

قرنیہ کی ماؤفیت کی حالتوں میں نور ترسی (photophobia) اور جفنی تشنج (blepharospasm) اکثر نہایت تکلیف دہ علامات ہوتے ہیں۔ ہالوکین (holocain) کا محلول ٹپکانے سے عارضی طور پر آرام محسوس ہوگا۔ ٹھنڈے پانی سے دن میں کئی بار آنکھ کا نطول (douching) کرنا موثر ہو سکتا ہے۔ اگر بیرونی ماق (outer canthus) میں شقاق ہو تو اُسے سلور نائٹریٹ کے دو فی صدی محلول سے یا کاپر سلفیٹ (توتیائے سبز) کی قلم سے چھو دینا فائدہ بخش ہے۔

132

عام علاج نہایت اہمیت رکھتا ہے۔ مناسب اور مغذی غذا، صحی ماحول کی درستی، ٹھنڈے اسفنج کا استعمال اور غسلِ بارد مفید ہیں۔ ناک اور انفی بلعوم (nasopharynx) کا بھی مناسب علاج ہونا چاہیئے۔ ایسے مریضوں کو گھر کے اندر اور اندھیرے میں رہنے کی (جس کا وہ نور ترسی کی وجہ سے میلان رکھتے ہیں) اجازت نہ دینی چاہیئے۔ اِس علامت کو دور کرنے کے لئے دُھندلی عینکات (smoked glasses) تجویز کرنا چاہیئے۔ فولاد کے مرکبات (مثلاً آئرن آیوڈائڈ کے شربت (syrup of iron iodide: کونین، اور سنکھیا (arsenic) کے داخلی استعمال سے فائدہ ہوتا ہے، اور

کاڈلیور آئل بھی بہت فائدہ مند ہے۔

نازلتِ بہار

(Spring Catarrh)

ملتحمہ کا یہ مرض چنداں عام نہیں۔ اس کا مزمن ہوتا ہے اور برسوں جاری رہتا ہے، اس طرح پر کہ سرما میں مرض بالکل یا بڑی حد تک غائب ہو جاتا ہے اور گرم موسم میں پھر عود کر آتا ہے۔ یہ دونوں آنکھوں کو ماؤف کرتا ہے اور متعدی نہیں ہوتا۔ اس مرض کو ربیعی نازلت (vernal catarrh) بھی کہتے ہیں۔ یہ خاصکر بچوں میں، اور زیادہ تر لڑکوں میں ہوتا ہے، اور جفنی ملتحمہ کو، یا بصلی ملتحمہ کو، یا کبھی کبھی دونوں کو ماؤف کر دیتا ہے۔

معروضی علامات (Objective Symptoms)۔ جفنی قسم میں جفنی ملتحمہ پر سخت اور چپٹے چپٹے حُلیمات پائے جاتے ہیں، جو فجوات (furrows) کے ذریعہ ایک دوسرے سے علٰحدہ ہوتے ہیں، اور گول پن پتھر جیسا منظر (cobblestone appearance) پیدا کر دیتے ہیں۔ اوپر اور نیچے کے پپوٹوں کے ملتحمات کا رنگ ایسا آسمانی مائل سپید ہوتا ہے کہ گویا اُن پر دودھ کی ایک پتلی تہ چڑھی ہوئی ہے۔ بصلی قسم میں حدِ قرنیہ (limbus) کے اندرونی اور بیرونی حصّوں کا متصلہ ملتحمہ جیلاتینی تضخمات پیش کرتا ہے، جو بعض اوقات کسی قدر رنگدار ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ تضخمات قرنیہ کو تھوڑے

فاصلہ تک ماؤف کردیں۔ کبھی کبھی تضخم پورے قرنیہ کو گھیرے ہوئے ہوتا ہے۔ ملتحمی امتلا اور کچھ مخاط نما افراز موجود ہوتا ہے۔ سرما میں یہ تغیرات کم نمایاں یا تقریباً غائب ہوجاتے ہیں مگر موسم گرما کے ساتھ پھر عود کر آتے ہیں۔

موضوعی علامات (Subjective Symptoms) حسب ذیل ہیں:۔ گرمی کا احساس، تدمّع (اشک ریزی)، شدید کھجلی اور نور ترسی۔ یہ علامات گرم موسم میں زیادہ خراب (تکلیف دہ) ہوتے ہیں اور موسم سرما میں غائب ہوجاتے ہیں۔

مرض اس طرح وقفوں کے ساتھ چند سال یا طویل تر عرصہ تک جاری رہکر بالآخر ناپید ہوجاتا ہے اور ازاں بعد اس کے کوئی آثار باقی نہیں رہتے، یا نہایت ہی خفیف تغیرات باقی رہتے ہیں۔ اس کی تسبیب (etiology) نامعلوم ہے۔ کبھی کبھی رمادی مائل رنگ کا ایک خط باقی رہ جاتا ہے جو حدِ قرنیہ (limbus) سے ہم مرکز ہوتا ہے، مگر اس خطّی غنمیت (linear opacity) اور حدِ قرنیہ کے درمیان ایک صاف رقبہ ہوتا ہے۔ اسطرح قوسِ شیخوخت (arcus senilis) سے مشابہت پیدا ہوجاتی ہے۔ علاوہ ازیں جفنی ملتحمہ میں بھی خفیف سی دبازت، تغیرِ لون، اور ناہمواری موجود ہوسکتی ہے۔ تشخیص واضح ہوتی ہے۔ اس مرض کو شاذ ہی کبھی غلطی سے حثر (گکرے) سمجھا جاسکتا ہے، کیونکہ مریض کی نوعیت (یعنے اس کا بچہ اور زیادہ تر لڑکا ہونا)، ملتحمہ کا دودھیا منظر، موسم گرما میں مرض کا عود کر آنا، قبوہ (fornix) کا بالکل ماؤف نہونا، اور پیچیدگیوں کی

غیر موجودگی، یہ سب امور تشخیص میں غلطی نہ ہونے دینگے۔

امراضیات۔ خلیات کثیف یعنی مادّے پر مشتمل ہوتے ہیں، جو زیرِ ملتحمی بافت میں ہوتا ہے، اور بالآخر ان میں زجاجی انحطاط (hyaline degeneration) واقع ہو جاتا ہے۔ سر حلمہ بہت دبیز ہو جاتا ہے اور اس سے چھوٹی چھوٹی اطالتیں (زائدے) نکلکر یعنی جماؤ کے اندر جاتی ہیں۔ دودھیا منظر بیش پرورده سر حلمہ اور اس کے نیچے کی زجاجی بافت کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ گرہکوں کے اندر نیز افراز میں بکثرت ایوسین پسند سپید خلیے (eosinophile leucocytes) موجود ہوتے ہیں بصلی تضخمات (bulbar hypertrophies) نیم شفاف درریزشوں پر مشتمل ہوتے ہیں، ان کی ساخت خلیات کی ساخت سے مماثل ہوتی ہے، اور ان میں سر حلمہ کا تضخم ہوتا ہے، جو قرنیہ کے کنارے کے اندر کسی قدر بڑھ آتا ہے۔

علاج۔ موضوعی علامات کی تکلیف میں مندرجہ ذیل ادویہ کے استعمال سے کمی ہوسکتی ہے:۔ بورک ایسڈ کا محلول کروسو سبلیمیٹ (corrosive sublimate) (۱ : ۵،۰۰۰)، قلوی غسول (alkaline wash) (صنو 457)، ایسیٹک ایسڈ (acetic acid) (مرقق ترشے کے ۲ قطرے ایک اونس پانی میں)، اور سوڈیم کاربونیٹ ایک فیصدی آخرالذکر کے چند قطرے دن میں چار بار ٹپکائے جاسکتے ہیں، اور ان کو ڈالنے سے پہلے بورک ایسڈ کے ٹھنڈے محلول سے نطول کرنا چاہیے۔ ایک اور دوا جو اکثر استعمال کی جاتی ہے، ییلو آکسائڈ آف مرکیوری (yellow oxide of mercury) کا ۳ فیصدی مرہم ہے۔

ذرا سا مرہم طبتمی تاچہ میں رکھکر اُس پر اوپر کے پپوٹے سے مالش کر دینا چاہیئے - سرد رفادات (cold compresses) اور دُھندلے[1] شیشوں کی عینک استعمال کرنے سے مریض کو مزید آرام حاصل ہوتا ہے - ۱: ۰۰۰, ۱۰ ایڈرینالین میں ہالوکین (holocaine) کے ایک فیصدی محلول کے ٹپکانے سے تکلیف دہ موضوعی علامات میں عارضی طور پر تخفیف ہو جاتی ہے - جب دانے بڑے بڑے ہوں تو ریڈیم کے تکشف سے بعض حالتوں میں شفا حاصل ہوئی ہے ، لیکن ایک ایسے مرض میں جس میں اسقدر اُتار چڑھاؤ ہوا کرتے ہیں ، نتائج قطعی طور پر فیصلہ کن نہیں سمجھے جا سکتے - اِس علاج کو احتیاط کے ساتھ استعمال کرنا چاہیئے اور اِس کی مطلوبہ مقدار اور آنکھوں کی حفاظت کی تنظیم ایک ماہر کے زیر نگرانی ہونی چاہیئے کیونکہ ریڈیم کے استعمال کے بعد موتیابند بھی پیدا ہو گیا ہے -

134

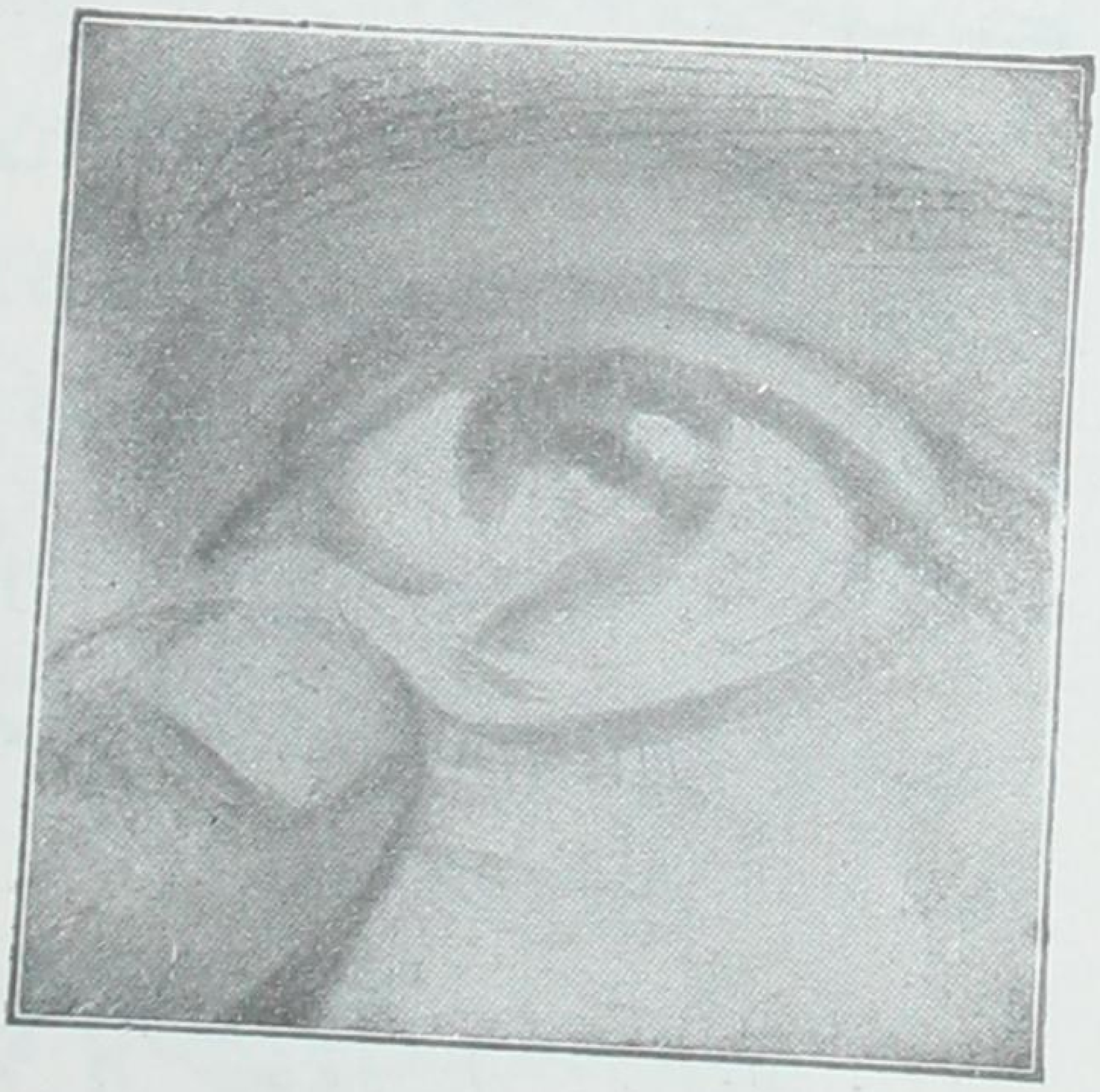
مُقلی جفنی التصاق

(SYMBLEPHARON)

یہ پپوٹے کے ملتحمہ اور کرۂ چشم کی ندبی چسپیدگی (cicatricial attachment) ہے (شکل ۱۲۸) - اِس میں دونوں پپوٹے ماؤف ہو سکتے ہیں ، لیکن عموماً نیچے کا پپوٹہ ہی ماؤف ہوتا ہے - بعض دفعات اِس میں قرنیہ کا کچھ حصہ بھی شامل ہوتا ہے - اِس التصاق (چسپیدگی) کو مقدم یا جزئی (anterior or partial) اُس وقت کہتے ہیں

[1] smoked glasses = دُھندلے شیشوں کی عینک -

جب کہ یہ ایک پُل کی طرح پپوٹے سے کُرہ چشم تک پھیلتا ہو اور ملتحمہ کے اُس حصے کو جو قبوہ کے متناظر ہے آزاد (غیر چسپیدہ) چھوڑ دیتا ہو۔ جب صرف قبوہ ماؤف ہو تو اسے موخر (posterior) کہتے ہیں، اور جب تمام ملتحمہ ماؤف ہو تو اسے کامل (complete) کہتے ہیں۔ یہ دو بالمقابل متاکل سطحوں (granulating surfaces) کے انتصال (جڑنے) سے پیدا ہوتا ہے۔ چنانچہ یہ تضررات کے بعد اور خاصکر چونہ، تُرشوں، اور پگھلائی ہوئی دھاتوں سے جلنے کے بعد ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ حثر (روہوں) کے بعد اور کبھی کبھی ڈفتھیریائی التہاب ملتحمہ (diphtheritic conjunctivitis) کے بعد واقع ہوتا ہے۔



شکل ۱۲۸۔ مقلی جفنی التصاق (Symblepharon)۔

مقلی جفنی التصاق (symblepharon) اکثر کُرہ چشم کی حرکات میں مزاحم ہوتا ہے، جس کی وجہ سے دو نظری (diplopia) پیدا ہو سکتی ہے۔ چسپیدہ حصہ کے کھنچنے (traction) سے خراش پیدا ہوتی ہے۔ شدید حالتوں میں قرنیہ بھی اِس التصاق میں شامل ہو جاتا ہے، جس سے بصارت میں خلل واقع ہوتا ہے۔ یا اگر پپوٹوں کو بند کرنے کی صلاحیت باقی نہ رہے

تو ممکن ہے کہ خرگوش چشمی (lagophthalmos) اور اُس کے عواقب رُونما ہوں۔

علاج۔اگر متقدم ہے اور وسیع (پھیلا ہوا) نہیں، تو ہم بند کو قطع کر کے دونوں کچّی سطحوں کو روزانہ ایک سلائی کی مدد سے علیحدہ کرتے رہتے ہیں، تاکہ وہ جڑنے نہ پائیں اور دونوں میں علیحدہ علیحدہ اِندماب (cicatrization) واقع ہو جائے۔ اگر جاذب روئی (absorbent cotton) کی ایک چھوٹی سی بتّی کو کسی ملطف روغن (bland oil) یا مرہم سے سیر شدہ (saturated) کر کے اُسے دونوں کچّی سطحوں کے درمیان رکھ دیا جائے تو اِس سے اِس مقصد کے حصول میں مدد مل سکتی ہے۔ یا بند کو گرہ لگا کر باندھ دیا جائے اور گرہ کو اُس میں سے غشث پذیر (slough) ہونے دیا جائے۔

زیادہ شدید شکلوں میں اور مؤخر اور کامل مقلی جفنی التصاق کی تمام حالتوں میں، علیحدہ کردہ کچّی سطحوں کو ملتحمہ سے یا جلد سے یا غشاءِ مخاطی کے پیوندوں سے ضرور ڈھانک دینا چاہیئے، تاکہ وہ باہم جُڑنے نہ پائیں۔ یہ ذیل کے طریقوں سے کیا جاسکتا ہے:۔ (۱) متصلہ بصلی ملتحمہ کو ڈھیلا کر کے اُسے نقص (defect) پر لا کر سی دیا جائے۔ (۲) لب کی غشائے مخاطی کی دھجّیاں لیکر، یا خرگوش کے ملتحمہ کی دھجیاں لیکر، اُن کے پیوند چسپاں کر دیئے جائیں۔ (۳) متصلہ سطحوں سے جلدی دامن (skin-flaps) لا کر اُن سے نقص کو ڈھانک دیا جائے۔ (۴) ٹیرش کے جلدی پیوند (Thiersch skin-grafts) جسم کے دوسرے حصّوں سے لیکر اُنھیں ایک مصنوعی آنکھ پر یا سیسہ کی چادر کے

185

ٹکڑے پر سہار دیا جائے یہانتک کہ وہ پیوند چپک جائیں -

شُحیمہ

(PINGUECULA)

یہ ایک چھوٹا کسی قدر اُبھرا ہوا زردی مائل رنگ کا دانہ ہے جو قرنیہ کی اندرونی اور بیرونی جانبوں پر واقع ہوتا ہے، یعنے اُس مقام پر جہاں ملتحمہ ہوا اور گرد و غبار کی زد میں سب سے زیادہ ہوتا ہے - یہ بالخصوص بوڑھے لوگوں میں زیادہ نمایاں ہوتا ہے، اور جب ملتحمہ مُشرب (injected) ہو تو نہایت ممتاز ہوتا ہے - شُحیمہ چربی سے نہیں بنتا (جیسا کہ اِس کے نام سے ظاہر ہے) بلکہ وہ ملتحمہ کی ایک دبازت ہے جو زرد لچکدار بافت (yellow elastic tissue) کے زیادہ نمو اور زجاجی مادّہ کے جماؤ کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے - اِس میں ہمیں کسی مداخلت (علاج) کی کبھی ضرورت نہیں پڑتی -

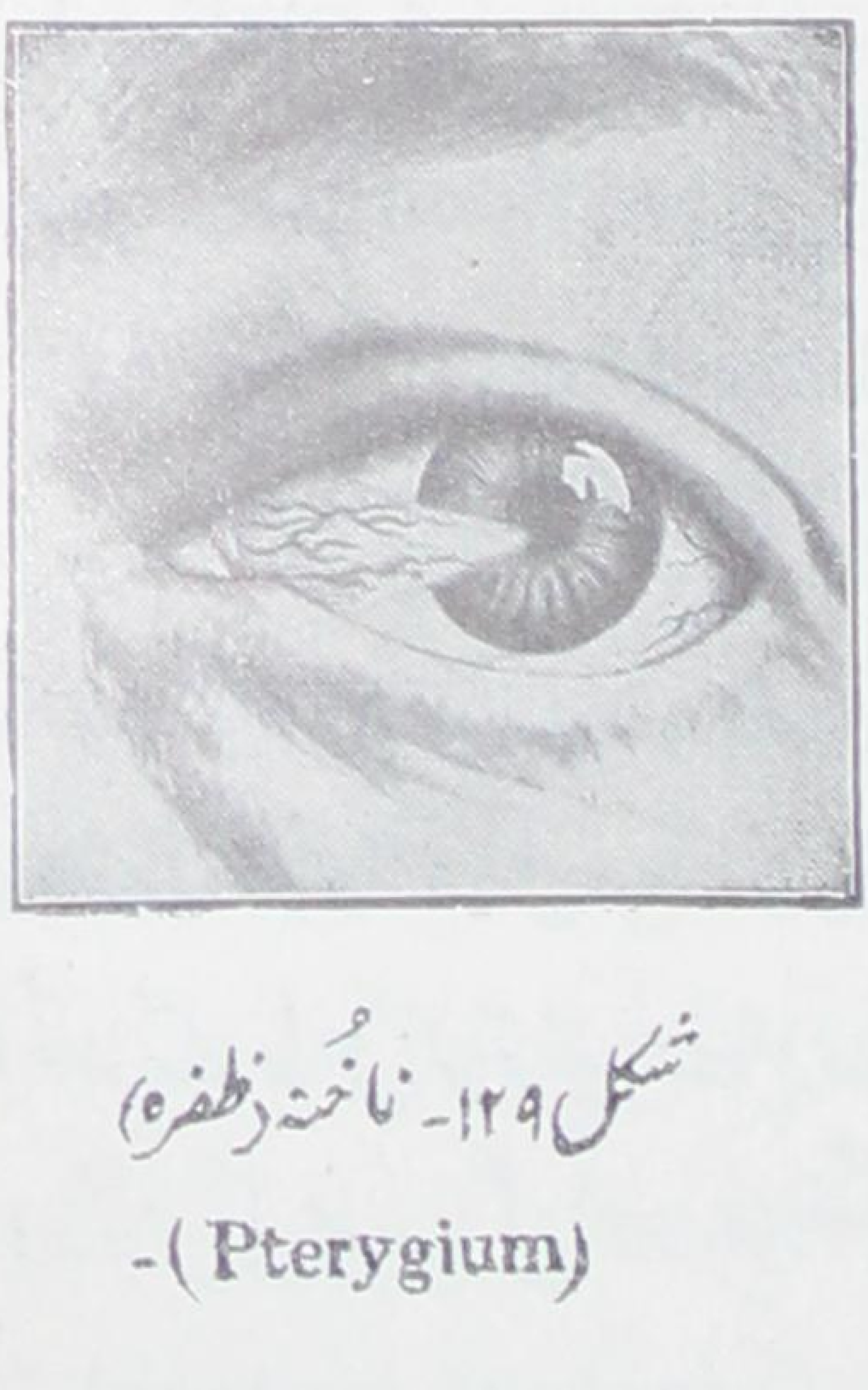
ناخُنہ (ظفرہ)

(PTERYGIUM)

یہ جھلی کی ایک مثلثی تہ ہے جو بین جفنی شقاق (interpalpebral fissure) میں پیدا ہو جاتی ہے اور عینی ملتحمہ کے اندرونی یا بیرونی حصہ سے لیکر قرنیہ تک پھیلتی ہے (شکل ۱۲۹) - اس کا سرا قرنیہ سے غیر متحرک طور پر متحد ہوتا ہے اور قاعدہ پھیل کر ملتحمہ کے ساتھ ضم ہو جاتا ہے -

علامات - تازہ ناخُنہ کثیر العروق ہوتا ہے اور اسی واسطے اُس کا

رنگ لال ہوتا ہے۔ بعد میں اُس کا رنگ بدل کر وہ ایک سپید وتر نما جھلی بنجاتا ہے۔ اُس کا مرکزی حصّہ صلبیہ سے مضبوط چپکا ہوا ہوتا ہے، لیکن اوپر اور نیچے اُس کا حاشیہ ملتحمہ کے ایک دہراؤ سے بنتا ہے۔ وہ آہستہ آہستہ قرنیہ کے مرکز کی طرف بڑھتا رہتا ہے اور اور اِس دوران میں ملتحمی خراش کے معتدل علامات پیدا کرتا ہے، اور ممکن ہے کہ بالآخر قرنیہ کے معتد بہ حصّہ کو ڈھانک دے۔ کم وبیش



شکل ۱۲۹۔ ناخُنہ (ظفرہ)
-(Pterygium)

خراش کے علاوہ وہ بدنمائی بھی پیدا کردیتا ہے، اور قرنیہ پر پھیلکر بصارت میں خلل انداز ہوتا ہے۔ وہ عموماً قرنیہ کی اندرونی جانب، اور نسبتہً کم حالتوں میں قرنیہ کی بیرونی جانب اور کبھی اِن دونوں مقامات پر واقع ہوتا ہے۔ وہ ایک آنکھ میں یا دونوں آنکھوں میں ہوسکتا ہے۔

بحثِ اسباب۔ ناخُنہ عموماً سن رسیدہ اشخاص میں ہوتا ہے جو تیز ہوا یا گرد وغبار میں کھلے رہتے ہیں (مثلاً کاشتکار، کوچوان، معمار، ملاح)۔

امراضیات۔ یہ رائے کہ ناخُنہ شحیمہ کے تقرح کے قرنیہ کے اندر پھیل جانے اور ملتحمہ کو اپنے پیچھے پیچھے کھینچ لیجانے کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے، اب ترک کردی گئی ہے۔ اگرچہ اِس کی امراضیات متعیّن طور پر معلوم نہیں ہے، تاہم خیال کیا جاتا ہے کہ یہ عارضہ ایک

انحطاطی عمل ہے جو طویل المدت اور دیر پا خراش کے اثر سے واقع ہوتا ہے ۔ اِس انحطاطی عمل سے ملتحمہ پتلا ہو کر ازال بعد بیش پرورد، (متضخم) ہو جاتا ہے ۔ اِس کے ساتھ سرحلمہ اور غشائے بومن کا وہ حصّہ جو قرنیہ کے ماؤف حصّے سے تناظر ہے، تلف ہو جاتا ہے اور اس میں لیفی بافت کا جماؤ ہوتا ہے ۔

علاج یہ ہے کہ ناخُنہ کو مختلف عملیتی طریقوں (operative methods) میں سے کسی ایک کے ذریعہ کاٹ کر نکال دیا جائے ۔ ایک تیز نشتر (scalpel) یا بیر کے چاقو (Beer's knife) (شکل ۶) سے ناخُنہ کی تقطیع (dissection) کرنے کے بعد اُسے کاٹ کر نکال دیا جائے، اور ملتحمی نقص کو اوپر اور نیچے کے کناروں کو باہم ملا کر بند کر دیا جائے ۔ کناروں کو ایک دوسرے سے قریب لانے کی غرض سے اگر ضرورت ہو تو ملتحمہ کی زیر کاوی (undermining) کی جا سکتی ہے ۔ ناخُنہ کے راس کو قرنیہ سے پورے طور پر جدا کر کے نکال دینا چاہیے، اور اُس کی چسپیدگی اور پیوستگی کے مقام کو کھُرچ دیا جائے یا حقیقی کَیّ (actual cautery) کے ذریعہ داغ دیا جائے، تاکہ نکسِ مرض (recurrence) نہ ہو ۔ ناخُنہ کو کاٹ کر نکال دینے کی بجائے یہ کیا جا سکتا ہے کہ اُسے تقطیع (dissection) کر کے اوپر اُٹھا لیا جائے اور جدا کئے ہوئے ملتحمہ کے نیچے ٹانک کر، اوپر یا نیچے دفن کر دیا جائے ۔ یا اُسے دو حصّوں میں تقسیم کر کے ایک حصّہ کو اوپر اور دوسرے کو نیچے منتقل کر کے ایک ٹانکے کے ذریعہ ملتحمی جیب میں ٹانک دیا جائے ۔ بعض حالتوں میں بار بار نکال دینے کے بعد بھی ناخُنہ پھر پیدا ہو جانے کا رجحان ظاہر کرتا ہے ۔

کاذب ناخنہ (pseudo-pterygium)۔ یہ ملتحمہ کے ایک دُہراو کی قرنیہ کے ساتھ چسپیدگی ہے، جو قرنیہ کے تقرّح کا نتیجہ ہوتی ہے۔ حقیقی ناخنہ سے اِس کی شناخت کا طریقہ یہ ہے کہ حدِ قرنیہ کے مقام پر اُس کے نیچے ایک باریک سلائی گذاری جا سکتی ہے۔ اگر کاذب ناخنہ سے بہت بدشکلی پیدا ہو رہی ہو تو اُسے اُس کی قرنیتی چسپیدگی سے علٰحدہ کر دیا جائے۔

187

زیر ملتحمی نزف

(SUBCONJUNCTIVAL HÆMORRHAGE)

بصلی ملتحمہ کے کم یا زیادہ حصّہ کو شوخ یا گہری سرخ چکتیاں ماؤف کر دیتی ہیں (شکل ۱۰۸، صحفہ ۸)، اور اُن کے ساتھ کوئی التہابی علامات نہیں موجود ہوتے۔ کُرۂ چشم کی چوٹوں (تضرّرات)، عملیات، اور التہابات کے بعد کدم (ecchymosis) دکھائی دیتا ہے۔ زیر ملتحمی نزف اکثر اوقات بوڑھے آدمیوں میں دیکھا جاتا ہے، جنکے عروق دمویہ خستہ اور بے لوچ (brittle) ہوتے ہیں اور جن میں زور لگانے کے مختلف کاموں سے ایسے نزف کی تحریک ہو جاتی ہے۔ نیز بچوں میں کالی کھانسی (whooping cough) کے بعد زیر ملتحمی نزف دیکھنے میں آتا ہے۔ یہ کوئی اہمیت نہیں رکھتا اور ایک ہفتہ کے اندر جذب ہو جاتا ہے۔

ملتحمہ کی چوٹیں

یہ بہت عام ہیں اور ان میں مندرجہ ذیل چیزیں شامل ہیں:۔

۱۔ اجسام غریبہ (foreign bodies)۔ ملتحمی تاچہ کے اندر اجسامِ غریبہ، جو گرد و غبار، لوہے، کوئلہ، یا راکھ (وغیرہ) پر مشتمل ہوں۔ یہ عموماً اوپر کے پپوٹے کی اندرونی سطح سے چپک جاتے ہیں، اور شدید درد اور خراش پیدا کر دیتے ہیں۔ پپوٹے کو الٹ کر انھیں آسانی نکالا جاسکتا ہے۔

۲۔ زخم۔ ملتحمہ کے وسیع زخموں کو ٹانکے لگا کر بند کر دینا چاہیئے۔

۳۔ حرقات (burns)۔ یہ بالکل عام ہیں اور کھولتے ہوئے پانی، بھاپ، چونا، گچ (mortar)، پگھلی ہوئی دھاتوں، اور تُرشوں کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ ایسے حادثہ (جلنے) کے بعد ایک بھورا حرقی جلبہ (eschar) یعنے جلا ہوا داغ بن جاتا ہے۔ اِس کے علیحدہ ہونے پر ایک متارک سطح (granulating surface) باقی رہ جاتی ہے، جو بذریعہ اِنداب (cicatrization) مندمل ہوتی ہے۔ اِس طرح اکثر مقلی جفنی التصاق (symblepharon) پیدا ہو جاتا ہے۔

علاج یہ ہے کہ جسقدر جلد ممکن ہو کاوی (caustic) یعنے جلانے والی چیز کو بالکل نکال دیا جائے۔ ٹھوس ذرّات کو جاذب روئی یا چمٹے سے نکالدیا جاتا ہے۔ پھر ملتحمی تاچہ کو ایسے محلولات سے دھو دیا جائے، جو اُس کاوی شَے کی تعدیل کر دینے کا رجحان رکھتے

ہوں، یا اُسے حل ناپذیر بنا دیتے ہوں۔ چونہ، گچ، یا کاوی قلویات (caustic alkalies) کی صورت میں ہم بورک ایسڈ کے محلول سے خوب دھو ڈالتے ہیں، یا آنکھ کو روغن (نیل) سے دھو دیتے ہیں۔ اگر کاوی عامل تُرشہ کی قسم سے ہو تو سوڈیم بائی کاربونیٹ (sodium bicarbonate) کے ہلکے محلول سے آنکھ کا نطول (irrigation) کیا جائے۔ لیکن چونکہ خراش آور اور مُتلف عامل کو بلا کسی تاخیر کے نکال دینا نہایت ضروری اور اہم ہے، لہذا تعدیل کنندہ محلولات (neutralizing solutions) کا انتظار کرنا خلاف مصلحت ہے، بلکہ بہترین طریقہ یہی ہے کہ فی الفور پانی کی مقدارِ کثیر سے نطول کر دیا جائے، خواہ وہ مادّۂ غریب (foreign material) (بیرونی شے) تُرشئی ہو یا قلوی۔ ٹھوس ذرّات کو جاذب روئی یا چھٹے سے نکال دیا جائے۔ بعد میں ہم سرد رفادات (cold compresses) اور ایٹروپین استعمال کرتے ہیں، ملتحمی ناچہ کو کسی لطیف مرہم (bland ointment)، مثلاً ایک فیصدی بورک ایسڈ، سے بھرا ہوا رکھتے ہیں، اور ڈھیلے گاز اور روئی کی پٹی لگا دیتے ہیں۔ جب تک کہ حرقہ (burn) سطحی نہ ہو، حرقی جلبات (eschars) ضرور پیدا ہوں گے۔ جب یہ ڈھیلے ہو کر اُتر جاتے ہیں تو کچی اور متادرک سطحات (granulating surfaces) ظاہر ہو جاتی ہیں۔ ان میں انضمامات (adhesions) یعنے چپکیاں بنا دینے کا بہت رجحان ہوتا ہے۔ چنانچہ ان انضمامات کو اکثر جدا کرنا پڑتا ہے۔ مگر انکو جدا کرنے میں انتہائی احتیاط کے باوجود بھی مقلی جفنی التصاق (symblepharon) پیدا ہو جانے کا بہت امکان ہوتا ہے۔

138

139

باب نہم

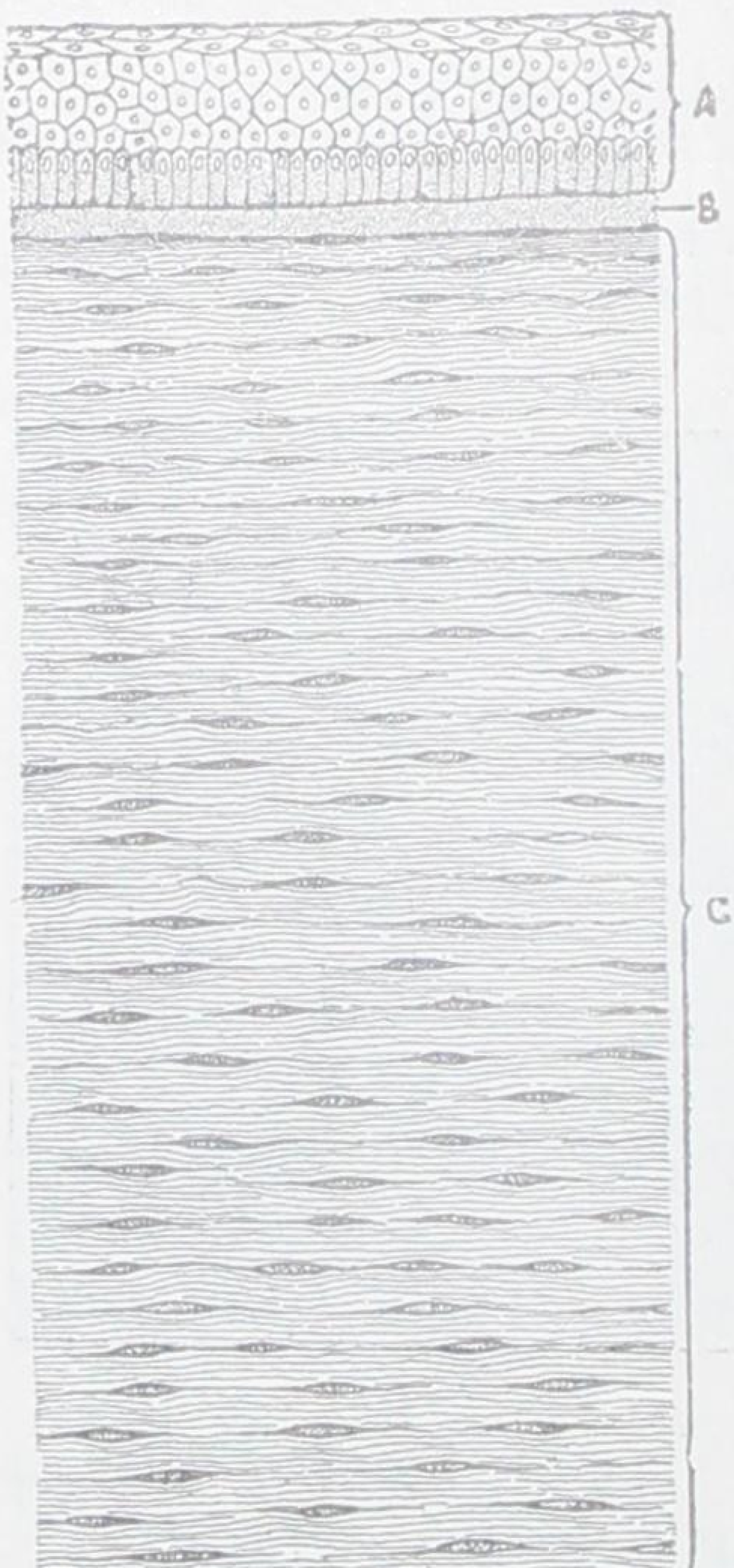
امراض قرنیہ

تشریح ۔ قرنیہ کرۂ چشم کے بیرونی طبقہ کا صاف وشفاف اگلا حصہ ہے ۔ وہ قریب قریب مدوّر ہوتا ہے، لیکن انتصابی رُخ کی نسبت عرضی رُخ میں کسی قدر زیادہ چوڑا ہوتا ہے ۔ اُس کے انحنا کا نصف قطر صلبیہ (sclera) کے نصف قطر کی نسبت کسی قدر چھوٹا ہوتا ہے ۔ دونوں (قرنیہ اور صلبیہ) کے مقامِ اتصال کو حدِ قرنیہ (limbus) کہتے ہیں، لیکن ان دونوں کی بافتیں کامل تسلسل رکھتی ہیں ۔ قرنیہ پانچ تہوں سے مرکّب ہے، جن کی ترتیب باہر سے اندر کی طرف اِس طرح ہے: (۱) سرحلمی خلیوں (epithelial cells) کی تہ۔ (۲) غشائے بومن (Bowman's membrane)۔ (۳) حقیقی جرم قرنیہ (proper substance)۔ (۴) غشائے ڈیسیمیٹ (Descemet's membrane)، اور (۵) درحلمہ (endothelium) کی ایک تہ۔

سرحلمہ (epithelium) جو قرنیہ کو سامنے سے ڈھانکتا ہے، طبقاتی (stratified) قسم کا ہوتا ہے، جس میں سطح پر چپٹے قشری (چھلکے دار) سرحلمی خلیات، اور اِن کے نیچے کثیرالاضلاع (polygonal) خلیات، اور

سب سے نیچے اُستوانی (columnar) خلیات ہوتے ہیں۔ سرحلمہ عملی طور پر بصلی ملتحمہ (bulbar conjunctiva) کا ایک جزو ہوتا ہے۔

غشائے بومن (Bowman's membrane)۔ یہ ایک پتلی، متجانس جھلّی ہے، جو قرنیہ کے سرحلمہ کو حقیقی جرمِ قرنیہ سے جدا کرتی ہے۔ اگرچہ اسے عموماً ایک جداگانہ جھلّی کی حیثیت سے بیان کیا جاتا ہے، لیکن درحقیقت یہ جرمِ قرنیہ کا ایک حصہ ہے، اور جب اسے اعلیٰ تکبیر یافتہ (highly magnified) حالت میں دیکھا جائے تو یہ باریک ریشوں سے بنی ہوئی نظر آتی ہے، جو اپنے نیچے کی (ماتحت) تہ سے قریبی طور پر متحد اور مربوط ہوتے ہیں۔



شکل ۱۳۰۔ قرنیہ کی تراش، جس سے اس کی تشریح دقیق ظاہر ہوتی ہے۔ A ۔ سرحلمی خلیوں کی تہ، وغیرہ۔

حقیقی جرمِ قرنیہ (proper substance of the cornea)۔ قرنیہ کی دبیز ترین تہ، اتصالی بافت (connective tissue) سے بنتی ہے، جو ورقیوں (lamellæ) میں مرتب ہوتی ہے، جن کے مستوی (planes) قرنیہ کی سطح سے متوازی ہوتے ہیں۔ یہ ایک دوسرے سے متحد اور ملحق ہوتے ہیں، اور متبادل تہوں میں زاویۂ قائمہ بناتے ہوئے باہم تقاطع کرتے ہیں۔ انتہائی ریشک (fibrils) جن سے ورقیے بنے رہیں،

نیز وُرَیقے بنانے والے ریشوں کے مختلف بنڈل ایک شفاف لازق مادہ (cement substance) کے ذریعہ ایک جگہ بندھے ہوئے (باہم پیوستہ) رہتے ہیں ۔ جرمِ قرنیہ میں فضاؤں یا حفریزوں (lacunæ) کا ایک نظام گذرتا ہے، جو وُرَیقوں کو جُدا کرنے والے (یعنے اُن کے درمیان کے) لازق مادّہ میں واقع ہوتا ہے اور اپنی اطالتیں (prolongations) ہر سمت میں بھیجتا ہے ۔ یہ اطالتیں چھوٹی چھوٹی قنالیں (مجاری) بنا دیتی ہیں، جن کے ذریعہ اُس مستوی کے حفریزے اپنے اوپر اور نیچے کے حفریزوں سے رابطہ رکھتے ہیں ۔ فضائیں شاخدار خلیوں (corneal corpuscles: قرنیتی جسیمات) سے کسی قدر بھری ہوئی ہوتی ہیں، اور خلیات کی یہ شاخیں چھوٹی قنالوں (مجاری) میں سے گذر کر متصل خلیوں کے ساتھ رابطہ حاصل کرتی ہیں ۔ (جیسا کہ اوپر



شکل ۱۳۱ ۔ قوسِ شیخوخت (Arcus Senilis) ۔

بیان کیا گیا ہے) خلیات فضاؤں کو مکمل طور پر پُر نہیں کرتے بلکہ لِمفاوی جسیمات (lymph corpuscles) کے گذرنے کے لئے جگہ چھوڑ دیتے ہیں ۔ حقیقی جرمِ قرنیہ غیر منقطع طور پر (یعنے مسلسل) جاری رہ کر صلبیہ سے جا ملتا ہے ۔

غشائے ڈیسیمیٹ (Descemet's membrane) (posterior elastic lamina: موخر ورقۂ مَرِن) ایک مہین اور مُحکم (firm) ، بے ساخت (structureless) ، شفاف ، اور اعلیٰ درجہ کی لچکدار تہ ہے ، جو قرنیہ کے

عقیقی جرم کے عقب میں واقع ہے - قرنیہ کے محیط پر یہ لچکدار ریشوں کے مشعّع (radiating) بنڈلوں کے اندر منتقل ہوجاتی ہے، جو رباطِ مشطی (ligamentum pectinatum) بناتے ہیں -

عقبی جانب خزانۂ مقدم (anterior chamber) سے متصل چپٹے شش پہلو خلیّات کی ایک منفرد تہ ہوتی ہے جو دَرحلمہ (endothelium) ہے -

قرنیہ میں عروقِ دموبہ نہیں ہوتے - مقدم ہُدبی عروق (anterior ciliary vessels) سے نکلنے والے شعری چنبر (capillary loops) قرنیہ کے محیط کے گرداگرد ایک حلقہ بنا دیتے ہیں - قرنیہ کا تغذیہ مذکورۂ بالا لمفی قنالوں کے نظام کے ذریعہ بہم پہنچتا ہے - قرنیہ کی عصبی رسد نہایت وافر ہے اور اُن اعصاب سے پہنچتی ہے جو ہدبی اعصاب (ciliary nerves) سے نکلتے ہیں -

قرنیہ اور صلبیہ کے درمیان کا حدِّ قرنیہ (limbus) کے نام سے موسوم ہے - قرنیہ کے حاشیہ کے قریب، اتصالِ صلبیہ و قرنیہ (sclero-corneal junction) کے ذرا ہی اندر، اکثر ہمیں ایک غیر شفاف سفیدی مائل حلقہ، یا حلقہ کا ایک حصہ، ملتا ہے - اِس کو حلقۂ شیخوخت (arcus senilis) (شکل ۱۳۱) کہتے ہیں - یہ قوس شحمی ذرّات کے جماؤ کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے، اور زیادہ تر بڑی عمر میں ہوتا ہے، اگرچہ کبھی کبھی نوعمر اشخاص میں بھی دیکھا جاتا ہے -

التہاباتِ قرنیہ - قرنی التہاب

(INFLAMMATIONS OF THE CORNEA—KERATITIS)

قرنی التہاب (keratitis) میں عام طور پر علاماتِ ذیل پائی جاتی ہیں :

معروضی علامات (Objective Symptoms)-(۱) دررریزش (infiltration)، جس کے ساتھ سطح قرنیہ میں تکدّر (دھندلا پن)، پیدا ہوجاتا ہے اور اُس کی شفافیت کم ہوجاتی ہے۔ اس کے بعد امور ذیل کا وقوع ممکن ہے:- (الف) درریزش کا کامل انجذاب۔ (ب) یا نامکمل انجذاب کے بعد عتمات (opacities) کا باقی رہ جانا۔ یا (ج) تقیّح (suppuration) واقع ہوکر قرحہ (ulcer) کا بن جانا (۲) محدود یا عام تکوّنِ عروق (vascularization)، جس میں عروق دمویہ حدِّ قرنیہ (limbus) پر کے ملتحمی جنبروں سے ماخوذ ہوتے ہیں۔ (۳) گرد قرنیہ اشراب (circumcorneal injection)- (۴) التہاب ملتحمہ (conjunctivitis) جو اکثر ایک پیچیدگی کے طور پر ہوتا ہے۔ (۵) متصلہ گہرے حصے [یعنے قزحیہ (iris) اور جسمِ ہدبی (ciliary body)] اکثر ماؤف ہوجاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ اس کا نتیجہ یہ ہو کہ خزانۂ مقدم (anterior chamber) میں پیپ پڑجائے (کوشکی ریم :hypopyon)-

موضوعی علامات (Subjective Symptoms)- درد تدمّع (اشک ریزی)، خلل بصارت۔

اقسام۔ التہابِ قرنیہ تقیّحی (suppurative) اور غیر تقیّحی (non-suppurative) میں تقسیم کیا جاسکتا ہے۔

تقیّحی التہاب قرنیہ (Suppurative Keratitis)-

اس کی عام صورتیں یہ ہیں: (۱) نُفیطی التہابِ قرنیہ (phlyctenular keratitis) اور (۲) قروحِ قرنیہ۔ غیر معمولی صورتیں یہ ہیں:

141

(۳) التہابِ قرنیہ جو پپوٹوں کے نامکمل طور پر بند ہونے (خرگوشِ چشمی (lagophthalmos: سے پیدا ہوجائے۔ (۴) عصب شللی التہابِ قرنیہ (neuro-paralytic keratitis)۔ (۵) جفوفی التہابِ قرنیہ (xerotic keratitis)۔

غیر تقیحی التہابِ قرنیہ (Non-suppurative Keratitis)۔ اس کے عام اقسام یہ ہیں: (۱) رخنی التہابِ قرنیہ (interstitial keratitis)' اور (۲) عروقی سحابی التہابِ قرنیہ (vasculonebulous keratitis) (سَبَل: pannus)۔ غیر معمولی قسمیں یہ ہیں: (۳) حُویصلی التہابِ قرنیہ (vesicular keratitis)' (۴) عمقی یا عمیق التہابِ قرنیہ (keratitis profunda)' (۵) تَصَلُّب پذیر التہابِ قرنیہ (sclerosing keratitis)' اور (۶) فیتہ نما التہابِ قرنیہ (ribbon shaped keratitis)۔

نُفَیطی التہابِ قرنیہ (Phlyctenular Keratitis) کا بیان اس سے پہلے نُفَیطی التہابِ ملتحمہ (Phlyctenular Conjunctivitis) کے عنوان کے تحت درج کیا گیا ہے (صفحہ 128)' اور وہ خاص علامات' جو قرنیہ کے ماؤف ہونے پر پیدا ہوجاتی ہیں' بتلائی گئی ہیں۔

قرحۂ قرنیہ

(ULCER OF THE CORNEA)

یہ ایک دررِیزش (infiltration) ہے' جس کے بعد تقیح

واقع ہو کر قرنیہ کا جرم تلف ہو جاتا ہے ۔ یہ مرض نہایت کثیرالوقوع ہے ۔

موضوعی علامات ۔ درد، نور ترسی، تدمّع (اشک ریزی) اور جفنی تشنج (blepharospasm)۔ بعض اوقات یہ تمام علامات نہایت خفیف ہوتے ہیں یا بالکل ہوتے ہی نہیں، اور اس کے باوجود قرحہ نہایت وسیع اور خطرناک ہو سکتا ہے ۔

معروضی علامات ۔ یہ قرحہ قرنیہ کے ایک محدود حصّہ کی تکدر، رمادی مائل، یا رمادی مائل زرد درریزش سے شروع ہوتا ہے ۔ اس رقبہ میں تقیح واقع ہو کر اس کی اوپری تہیں اُتر جاتی ہیں اور اسطرح جرمِ قرنیہ تلف ہو جاتا ہے ۔ یہ عمل ۲ دو سمتوں میں بڑھ سکتا ہے، یعنے قرحہ یا تو قرنیہ کی سطح پر پھیلکر قرنیہ کے زیادہ تر حصہ کو ماؤف کر سکتا ہے، یا قرنیہ کے عمق میں پھیلکر زیادہ گہرا ہو سکتا ہے، یا وہ رقبہ اور گہرائی دونوں میں پھیلتا اور بڑھتا ہے ۔ اکثر اوقات اس کا پھیلاؤ قرنیہ پر ایک ہی سمت میں ہوتا ہے ۔ بعض وقت اس کے ساتھ ساتھ مقابل جانب پر قرحہ کے مندمل ہونے کا رجحان ہوتا ہے، جس کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ قرحہ محض اپنا مقام تبدیل کرتا رہتا ہے (رینگنے والا یا دبیب قرحہ :creeping or serpiginous ulcer) ۔ تلف شدہ جرم کے بالکل گرداگرد تقریباً ہمیشہ قرنیہ میں ایک کم و بیش رمادی مائل درریزش ہوتی ہے، اور معتدبہ ہدبی اشراب (ciliary injection)۔ پایا جاتا ہے (شکل ۱۳۲، صفحہ ۱۱) ۔

اگر یہ قرحہ چھوٹا اور سطحی ہے تو ممکن ہے کہ یہ خود کو چند ہی روز کے دوران میں صاف کر لے ۔ قرنیہ کا تلف شدہ حصہ جھڑ کر علیحدہ ہو جاتا ہے

142

دررِیختہ کنارہ صاف ہونے لگتا ہے، اور اندمال شروع ہوجاتا ہے۔
اِس کے ساتھ عروقِ دمویہ کا ظہور ہوتا ہے جو حدِّ قرنیہ (limbus)
سے نکل آتے ہیں، اور یہ عملِ انداب (cicatrization) میں ختم
ہوجاتا ہے۔ اگر قرحہ سرِ حلمہ سے زیادہ گہرائی تک نہ پہنچے تو ممکن ہے کہ
قرنیہ بالکل شفاف رہے۔ لیکن جب قرنیہ کے جرمِ حقیقی کا کچھ حصہ
تلف ہوجاتا ہے تو اُس کی جگہ نئی اتصالی بافت پیدا ہوجاتی ہے،
اور ایسا ندبہ (scar) ہمیشہ کم و بیش غیر شفاف (مکدّر) ہوتا ہے۔
یہ بھی ممکن ہے کہ قرحہ کی جائے وقوع ایک خفیف سے نشیب (قرنیتی
رویک: corneal facet) کی وجہ سے ممیز ہو۔

فلوریسین (fluorescein) کے ۲ فیصدی محلول کے چند قطرے
ٹپکانے سے درریزش اور تقرح کی وسعت کے جانچنے میں سہولت
ہوتی ہے۔ اِس محلول سے ایسے تمام متقرح اور دررِیختہ حصوں کا
رنگ سبز ہوجاتا ہے۔

جب قرحہ زیادہ گہرا ہوتا ہے تو موضوعی اور معروضی علامات
دونوں زیادہ نمایاں ہوتی ہیں، اور پیچیدگیاں اور عوارض زیادہ خطرناک
ہوتے ہیں۔ متصلہ ساختوں میں التہاب کے علامات ظاہر ہوتے ہیں،
یعنے التہابِ ملتحمہ (conjunctivitis)، قزحیہ کا امتلا (congestion
of iris)، بلکہ التہابِ قزحیہ (iritis) مع اپنے مخصوص علامات کے
جن کے ساتھ کوشکی ریم (hypopyon) بھی شامل ہے۔ کوشکی ریم،
خزانۂ مقدم میں پیپ کا جمع ہونا ہے۔ یہ پیپ قرحہ سے نہیں اخذ
ہوتی بلکہ متورم قزحیہ (iris) اور جسمِ ہدبی (ciliary body) سے

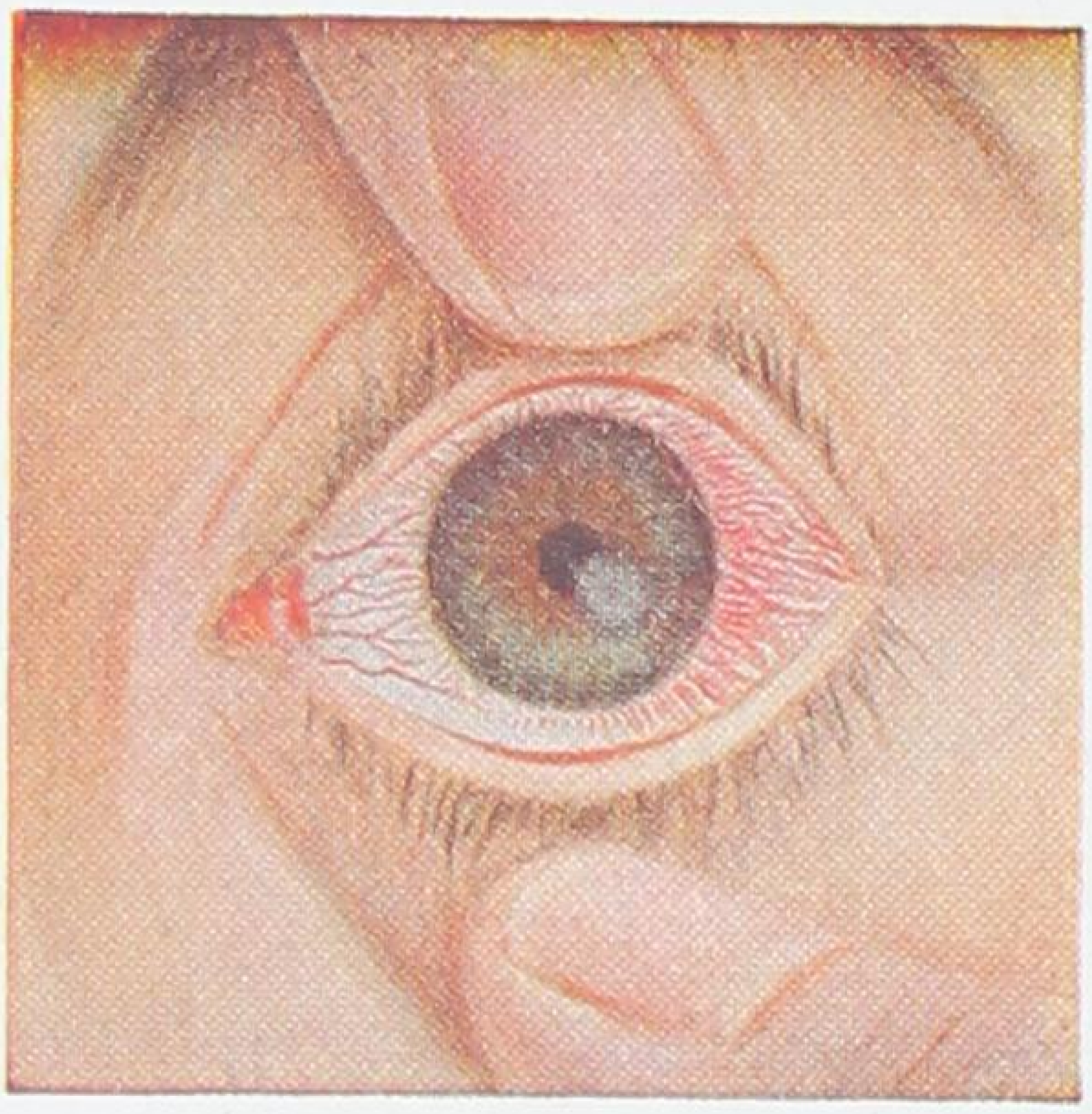
مرتشح ہوکر خزانۂ مقدم کی تہ میں جمع ہو جاتی ہے (شکل ۱۳۳، صحفہ ۱۱)
یا ممکن ہے کہ وہ اس فضا کو جزءً یا کلاً بھر دے۔ جب تک قرنیہ میں
سوراخ نہیں ہوتا یہ پیپ عقیم (sterile) رہتی ہے اور ممکن ہے کہ
اس عارضہ کے دوران میں غائب ہوکر پھر نمودار ہو جائے۔ پیپ یا تو
سیال رہتی ہے، یا جب فائبرین (fibrin) کے ساتھ ملی ہوئی ہو تو
ایک نیم جامد (semi-solid) گروی تودہ بنا دیتی ہے۔ ممکن ہے کہ
ایسا قرحہ، نمایاں عتمیت قرنیہ (corneal opacity) (شکل ۱۴۵-۱۴۶)
کے سوائے اور کوئی مستقل مضرت چھوڑے بغیر مندمل ہو جائے، یا ممکن ہے
کہ ابھار (عنبۂ مقدم: anterior staphyloma) (شکل ۱۴۱) پیدا
ہو جائے۔ لیکن گہرے اور پھیلتے ہوئے قرحوں کا حم، قرنیہ میں انثقاب
(perforation) واقع ہو جانے کی وجہ سے اکثر ترمیم یافتہ ہو جاتا ہے
اور یہ انثقاب دورانِ اندمال (healing) میں آنکھ کی فائدہ مندی
اور سلامتی پر مختلف طریقوں سے اثر انداز ہوتا ہے۔

ایک سادہ قرحہ کا حم مریض کی صحت کی حالت سے اور اُس کے صاف ستھرا
رہنے سے بہت کچھ متاثر ہوتا ہے۔ ایک مزدور پیشہ شخص کے
قرنیہ کے چھوٹے سے چھوٹے قرحہ یا خراشیدگی (abrasion) کو معمولی
اور خفیف نہیں سمجھنا چاہیئے۔

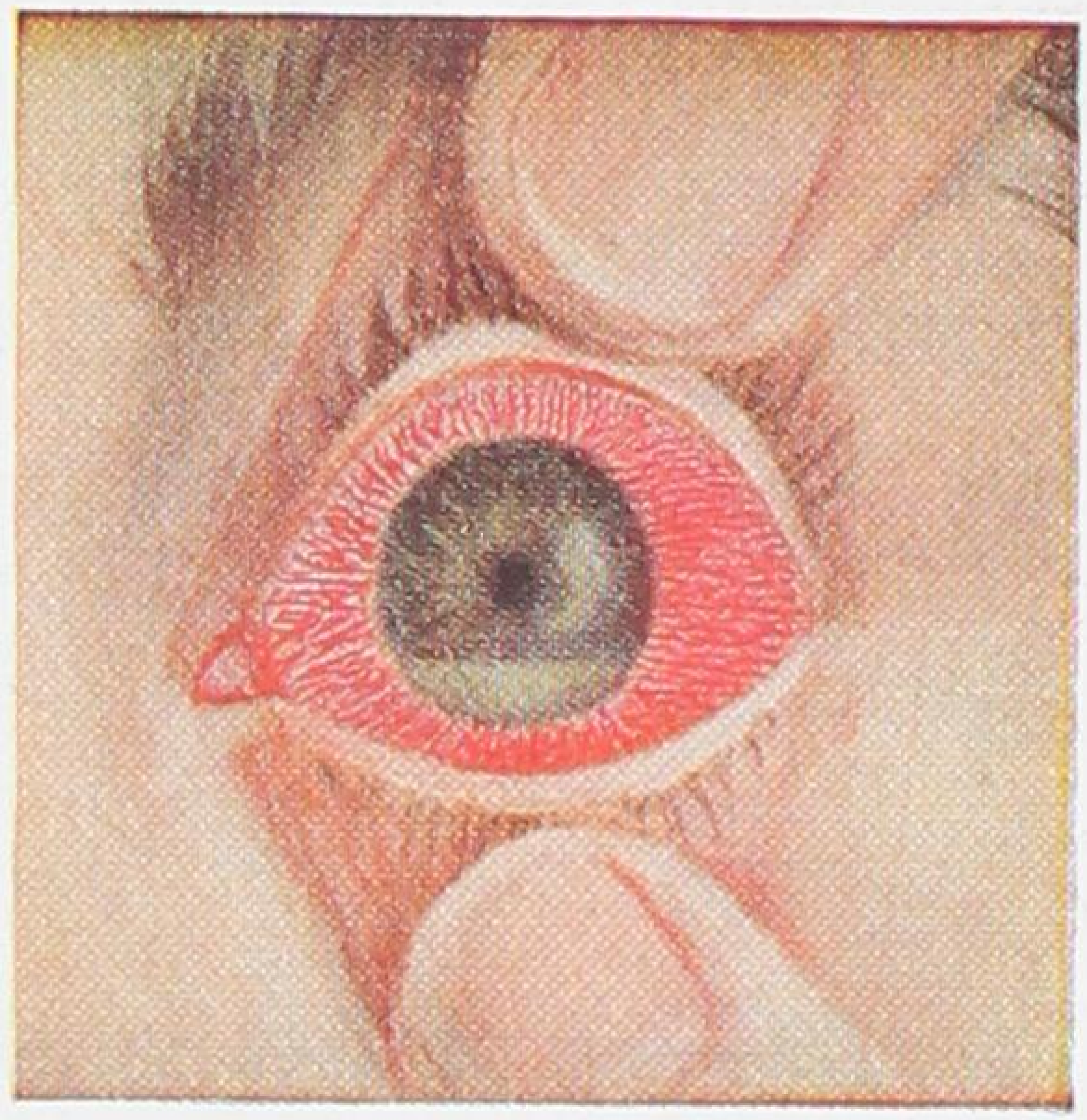
قرنیہ کا انثقاب (Perforation of the Cornea)-

انثقاب سے پہلے اکثر قرحہ کے فرش میں سے غشائے ڈیسیمیٹ کا بروز
(protrusion) ہوکر اُس سے ایک چھوٹا شفاف آبلہ بنجاتا ہے۔
ممکن ہے کہ انثقاب خود بخود ہو جائے، یا دباؤ کی اُس زیادتی کی وجہ سے

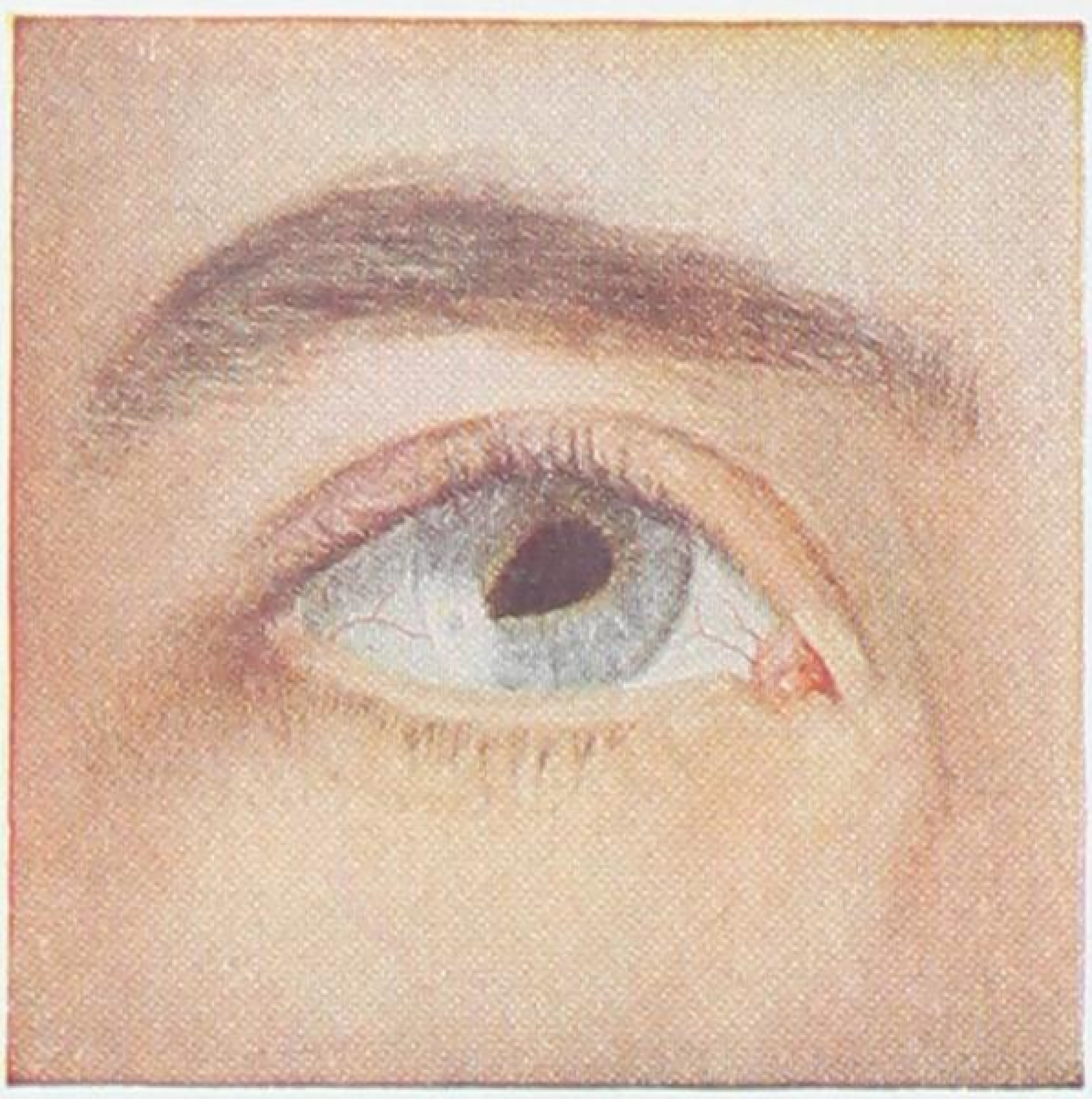
143



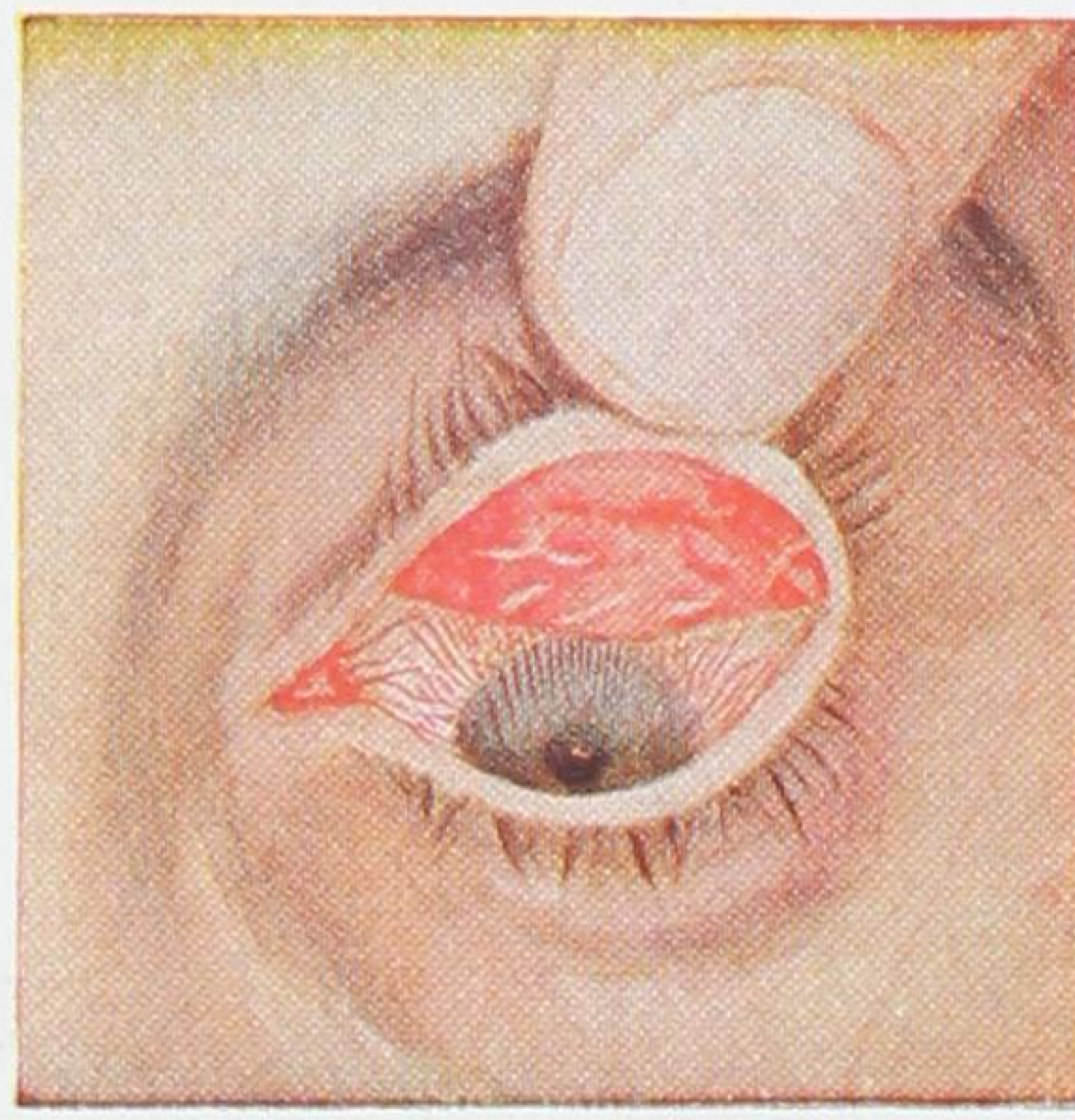
شکل ۱۳۲—قرحۂ قرنیہ
(Corneal ulcer)



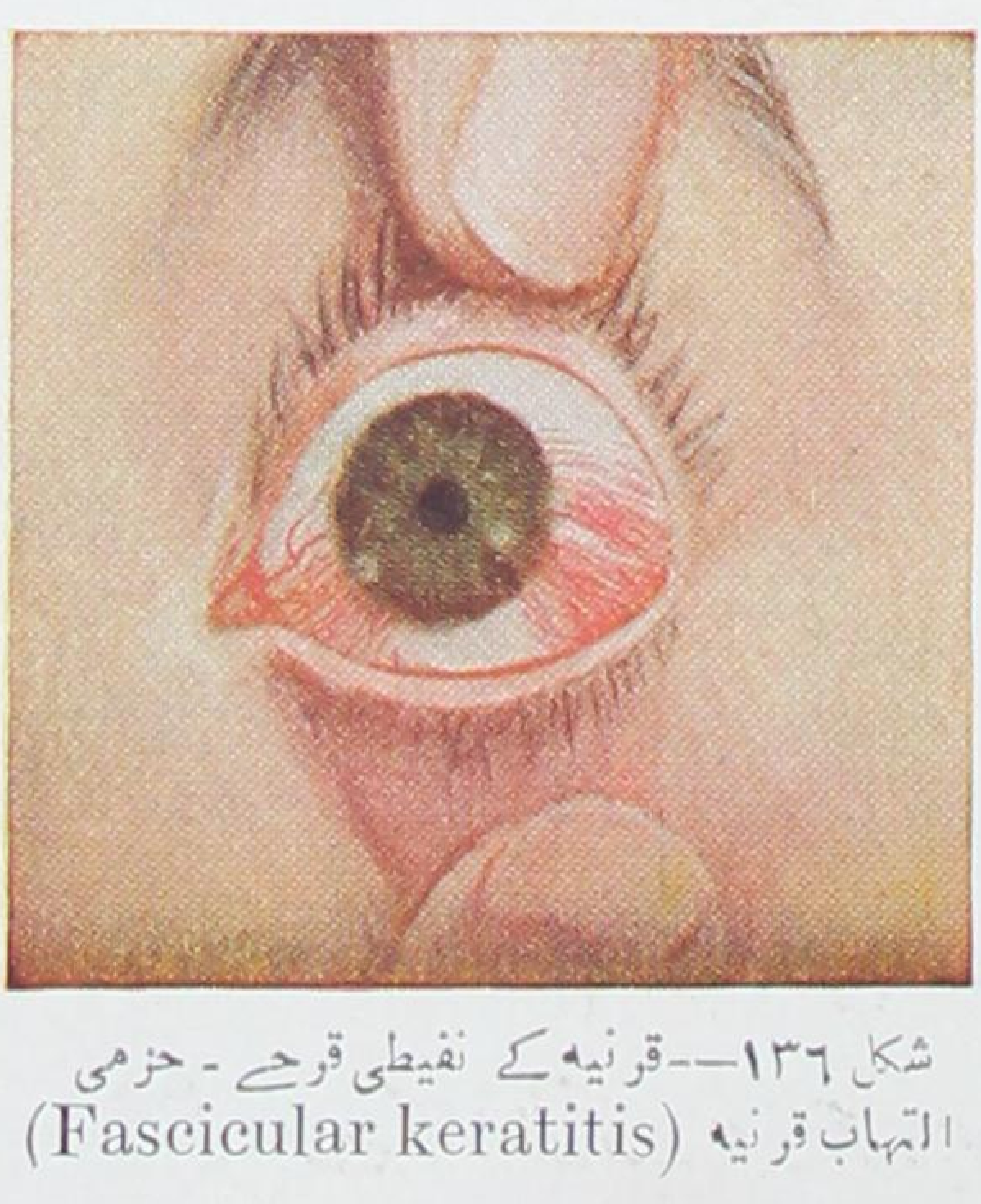
شکل ۱۳۳—قرحۂ قرنیہ مع کوشکی ریم
Corneal ulcer with hypopyon



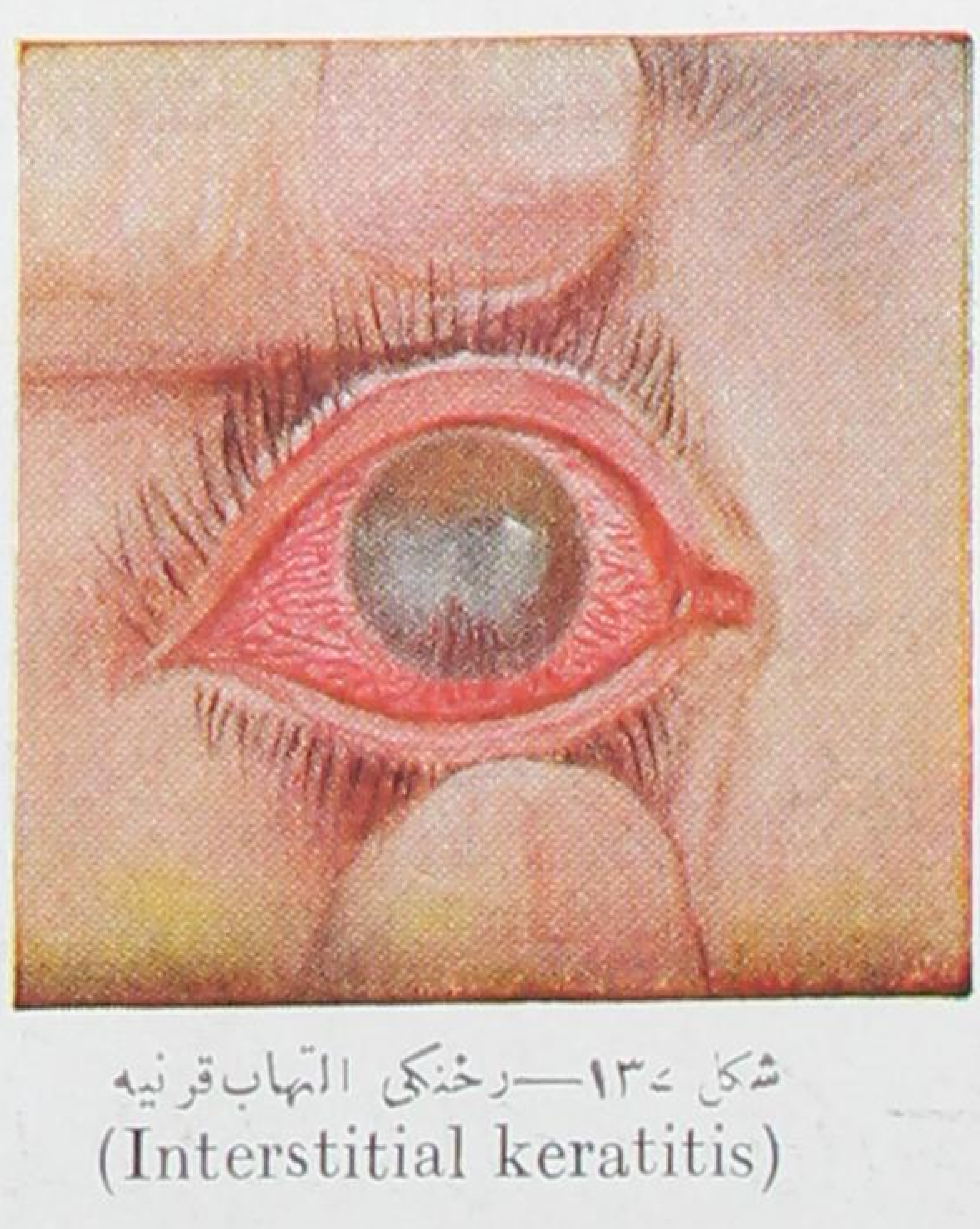
شکل ۱۳۴—ملتصق بیاض القرنیہ
(Leucoma adherens)



شکل ۱۳۵—سبل (Pannus) اور
پپوٹے کی ندبیت (Scarring)



شکل ۱۳۶—قرنیہ کے نفیطی قرحے - حزمی
التہاب قرنیہ (Fascicular keratitis)



شکل ۱۳۷—رخنکی التہاب قرنیہ
(Interstitial keratitis)

واقع ہو، جو جفنی تشنج (blepharospasm) سے یا زور لگانے (مثلاً رونے، چھینکنے، یا کھانسنے) سے پیدا ہوجاتی ہے۔ گاہے آنکھ کے امتحان میں زور لگانے سے بھی مریض کے قرنیہ کا انثقاب ہوسکتا ہے۔ رطوبت مائیہ (aqueous humour) باہر نکل آتی ہے، اور اکثر اُس کے ساتھ قزحیہ (iris) بھی زخم کے اندر آجاتا ہے۔ آنکھ نرم محسوس ہوتی ہے؛ خزانۂ مقدم (anterior chamber) محو یا غائب ہوجاتا ہے، اور قزحیہ اور عدسہ قرنیہ کے برابر (پہلو بہ پہلو) آجاتے ہیں۔ قرنیہ کا انثقاب مرض کے مریر اچھا اثر رکھتا ہے، چنانچہ انثقاب کے بعد موضوعی علامات میں تخفیف ہوجاتی ہے، اور تناؤ کم ہوجانے کی وجہ سے قرحہ کا اندمال شروع ہوجاتا ہے۔

جب یہ فتحہ (سوراخ) انداب (cicatrization) کے ذریعہ بند ہوجاتا ہے تو قزحیہ (iris) اپنے طبعی مقام پر واپس آجاتا ہے۔ لیکن بارہا ایسا بھی ہوتا ہے کہ قزحیہ انثقاب (سوراخ) کی دیواروں سے بدستور چپکا ہوا، یا سقوط و خروج (prolapse) کی حالت میں باقی رہتا ہے، اور پھر زخم کے ندبہ (scar) کے ساتھ منضم (incorporated) ہوجاتا ہے۔ ایسی حالت کو مقدم التصاق قزحیہ (anterior synechia) کہتے ہیں، اور چونکہ ندبہ قرنیہ میں ایک کثیف سفید عتمیت (opacity) پیدا کردیتا ہے لہذا اُسے ملتصق بیاض القرنیہ (adherent leucoma) کہتے ہیں۔ اکثر و بیشتر ندبہ کے اندر قزحیہ کا صرف ایک حصہ کھنچ آتا ہے، ایسی صورت میں پُتلی کم و بیش ناشپاتی کے شکل کی ہوتی ہے۔ بعض اوقات پُتلی کا پورا حاشیہ چپکا ہوا ہوسکتا ہے،

جس سے حدقہ کی مسدودی (occlusion) اور مفروقیت (exclusion) دونوں واقع ہو جاتی ہیں۔

ممکن ہے کہ انثقاب کے وقت عدسہ منخلع (dislocated) ہو جائے (اپنی جگہ سے ہٹ جائے)، اور بعض اوقات عدسہ باہر نکل آتا ہے۔ جب وہ سامنے آکر فتحہ (سوراخ) کے حاشیوں کے برابر لگا رہتا ہے، اور پھر خزانہ مقدم کے دوبارہ بنجانے کے بعد پیچھے چلا جاتا ہے، تو اکثر اُس کے زیر غلافی سرحلمہ (subcapsular epithelium) میں تکاثر پایا جاتا ہے۔ قرنیہ پر عدسہ کا دباؤ پڑنے سے اِس زیر غلافی سرحلمہ (subcapsular epithelium) میں خراش واقع ہو کر عدسہ کی اگلی سطح پر ایک سپید داغ سا بنجاتا ہے (شکل ۲۱۹)، جسے مقدم غلافی یا مقدم قطبی نزول الماء (anterior capsular or anterior polar cataract) کہتے ہیں۔

144

گاہے انثقاب بند نہیں ہونے پاتا، اور اِس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قرنیہ میں ناسور (fistula) رہجاتا ہے۔ اِس حالت سے آنکھ کے لئے مابعد خطرناک التہاب میں مبتلا ہو جانے کا خدشہ رہتا ہے اور اُس کی سلامتی خطرہ میں پڑ جاتی ہے۔ انثقاب کے بعد التہاب قزحیہ وجسم ہدبی (iridocyclitis)، بلکہ التہاب کُل العین (panophthalmitis) تک ہو جانے کا امکان ہوتا ہے، بالخصوص اُس وقت جبکہ تقیحی عمل قشفی (زہریلا) ہو۔

بحثِ اسباب۔ قرنیہ کے قرحے عموماً بالغوں اور معمر اشخاص میں پائے جاتے ہیں۔ صرف نُفَیطی قرحے (phlyctenular ulcers)

ہی ایسے ہیں جو بچوں میں عام ہوتے ہیں۔ اعلیٰ طبقوں کی نسبت ادنیٰ طبقوں میں قرحے زیادہ کثیر الوقوع ہیں، اور یہ اکثر اُن افراد میں زیادہ ہوتے ہیں جن کی عام صحت ادنیٰ درجہ کی ہوتی ہے۔

یہ عمل (تقرح) دراصل ایک سرایت ہے جو مختلف دقیق عضویوں (نیوموکاکائی: ریوی نبقات، اِسٹرپٹوکاکائی: نبقاتِ سبحیہ، اِسٹیفلوکاکائی: نبقاتِ عنبیہ، صفحہ ۹) کے ذریعہ واقع ہوتی ہے۔ یہ دقیق عضویے اکثر مزمن التہابِ ملتحمہ (chronic conjunctivitis) کے افراز اور بالخصوص التہابِ ناچۂ دمعی (dacryocystitis) کے افراز کے ذریعہ داخل ہو جاتے ہیں۔

اسبابِ مُحرِّکہ حسبِ ذیل ہیں: (۱) ضربہ (Traumatism) (اجسامِ غریبہ، تضررات یعنی چوٹیں)۔ یہ نہایت کثیر الوقوع اسباب میں سے ہے۔ (۲) ملتحمی التہابات (زَبدِ سوزاکی، زَبدِ نومولود، روہے، ڈفتھیریائی التہابِ ملتحمہ)۔ (۳) نُفیلی التہابِ قرنیہ (phlyctenular keratitis)۔ (۴) قرنیہ کے تغذیہ میں خلل (ثلاثی توامی عصب trigeminus: کا شَلل، لینتِ قرنیہ: keratomalacia، زرق الماء glaucoma:)۔ (۵) عملیوں کے دوران میں سرایت کا وقوع۔ (۶) چیچک (variola)۔ (۷) تبخالہ (herpes)۔

امراضیات۔ قرحۂ قرنیہ کے ساتھ واقع ہونے والے تغیرات سرایت (infection)، دررزش (infiltration) تنخّر (necrosis)، اور اِندمال (repair) پر مشتمل ہوتے ہیں۔ سرایت بروں زاد (exogenous) ہوتی ہے اور قرنیہ کے سرحلہ کے کسی نقص میں سے

ریم زا عضویوں (pyogenic organisms) کے داخل ہو جانے کی وجہ
سے واقع ہوتی ہے۔ یہ عضویے قرحہ کی قسم کے لحاظ سے کسی قدر مختلف
ہوتے ہیں۔ قشبی (زہریلی) قسم کے قرحے اکثر نبقۂ ریوی (نیومو کاکس)
کی وجہ سے ہوتے ہیں، جو تنہا یا دوسرے عضویوں (اِسٹیفلوکاکائی،
اِسٹرپٹوکاکائی، گانوکاکائی، ڈفتھیریائی عصیّوں) کے ساتھ مخلوط پایا جاتا
ہے۔ اِبتداءً سفید خلیوں سے سرحلمہ کی دربیزش کا ایک مادی (بھورا)
منطقہ ہوتا ہے۔ یہ دربیزش زیادہ گہری ہو تو اِس منطقہ میں غشائے بومن
اور قرنیتی وُریقے (corneal lamellæ) بھی شامل ہوتے ہیں۔ ازاں بعد
سفید خلیے زیادہ گہرائی تک حملہ آور ہو کر وُریقوں کے درمیان پہنچ جاتے
ہیں۔ پھر ماؤف حصوں کا تنخّر واقع ہوتا ہے، اور غشیئہ (slough) یعنے
سڑی گلی ہوئی ساخت کا کچھ حصہ خارج ہو کر ایک مغارہ (excavation)
باقی رہ جاتا ہے۔ یہ مغارہ قرحہ کے فرش اور اِس کی دیواروں پر مشتمل
ہوتا ہے، اور غشیئہ کے باقیات سے اور تنخّری وُریقوں سے (جن کے
درمیان کثیر الاشکال نواتی سفید خلیے حائل ہوتے ہیں) ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔
بالآخر اندمال (repair) شروع ہوتا ہے، جس میں سطحی عروقِ دمویہ حصہ
ہوتے ہیں۔ یہ عروق حدِ قرنیہ (limbus) سے آگے بڑھ کر آتے ہیں اور
وہ سامانِ مرمت (مسالہ) بہم پہنچاتے ہیں جو ضائع شدہ جِرم کی جگہ
لے لیتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ سامان تمام تر اُن سرحلمی خلیوں پر مشتمل ہو
جو قرحہ کی کوروں سے اندر کو بڑھ آتے ہیں، بشرطیکہ آخر الذکر (قرحہ)
محض سطحی رہا ہو۔ لیکن اگر غشائے بومن اور وُریقے بھی تلف ہو چکے
ہیں تو پیدا شدہ نقص (زخم) لیفی ساخت (fibrous tissue) سے

145

بھرتا ہے۔ چنانچہ ایسی حالت میں جُسیماتِ قرنیہ (corneal corpuscles) منقسم ہو کر تکلے نما خلیات (spindle cells) بناتے ہیں، جو بعد میں تبدیل ہو کر لیفی ساخت بنجاتے ہیں۔ اس لیفی ساخت میں قرنیہ جیسی شفافت نہیں ہوتی، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ایک کم و بیش غیر شفاف ندبہ حاصل ہوتا ہے۔

سریری اقسام (Clinical Forms)۔ قروح قرنیہ کے مہر کے بعض اختلافات پہلے بیان ہو چکے ہیں۔ قروح قرنیہ کا طریق تسمیہ (nomenclature) نہایت وسیع ہے اور علامات یا مہر کی خصوصیات پر مبنی ہوتا ہے۔ مندرجہ ذیل قروح خاص طور پر قابل ذکر ہیں۔

سادہ قرحہ (Simple Ulcer) کے نام سے اکثر اُس چھوٹے اور سطحی قرحہ کو یاد کرتے ہیں، جس میں خراش کے خفیف یا شدید علامات موجود ہوں، مگر انثقاب (perforation) کا رجحان نہ ہو، اور جس کا اختتام بلا کسی پیچیدگی کے اندمال میں ہو۔ ایسے قرحے اکثر نُفیطات (phlyctenulæ) و رخفیف چوٹوں سے پیدا ہو جاتے ہیں۔

نازلی قرحہ (Catarrhal Ulcer) بالغوں میں نازلی التہاب ملتحمہ (catarrhal conjunctivitis) میں بطور پیچیدگی کے ہوتا ہے۔ اس میں موضوعی علامات کی زیادتی کے ساتھ محیط منقط در ریزشیں پیدا ہو جاتی ہیں اور اِن کے تضام (باہم ملجانے) سے ایک ہلال بنجاتا ہے، جو ایک سطحی قرحہ میں مُبدّل ہو جاتا ہے۔ یہ قرحہ ہم مرکز (concentric) ہوتا ہے اور حدِ قرنیہ کے ذرا ہی اندر ہوتا ہے۔ اِس کا مہر عموماً امید افزا ہوتا ہے اور اندمال بہ سرعت

واقع ہوتا ہے ۔ اگر کوئی غمنیت (opacity) باقی رہ جاتی ہے تو اس سے بصارت میں کمی نہیں ہوتی کیونکہ وہ حدقی رقبہ (pupillary area) سے باہر ہوتی ہے ۔

عمیق قرحہ (Deep Ulcer) وہ ہے جو زیادہ گہری تہوں کو ماؤف کرنے کا اور قرنیہ پر پھیلنے کے بجائے زیادہ تر اُس کی تثقیب (چھیدنے) کا رجحان ظاہر کرتا ہے ۔ اِس میں علامات کے نمایاں ہونے کا امکان ہوتا ہے، عموماً قزحیہ (iris) ماؤف ہوتا ہے اور کوشکی ریم (hypopyon) اکثر موجود ہوتا ہے ۔ اِسی وجہ سے اس کے نتائج اکثر اوقات خطرناک ہوتے ہیں ۔

146

قرحۂ دبیب (قرحۂ ساعیہ :Serpent Ulcer، قرحۂ دابّہ: Ulcer serpens، سرایت زدہ قرحہ :Infected Ulcer، کوشکی ریمی التہابِ قرنیہ : Hypopyon Keratitis) - یہ ایک نہایت زہریلی قسم کا قرحہ ہے، جو قرنیہ کے معتدبہ حصہ پر پھیلنے کا رجحان رکھتا ہے اور اسی کے ساتھ قرنیہ کی گہرائی میں بھی پھیلتا ہے ۔ اِس کے موضوعی علامات عموماً شدید ہوتے ہیں، اگرچہ بعض اوقات وہ خفیف بھی ہوتے ہیں ۔ مرضی عمل قرنیہ کے مرکز کے قریب ایک رمادی مائل زرد دررزش کے طور پر شروع ہوکر بہ سرعت ایک قرحہ میں تبدیل ہوجاتا ہے جس کے حاشیے (خصوصاً بڑھتی ہوئی جانب پر) تخشش پذیر (sloughing) ہوتے ہیں، جہاں اکثر ایک زردی مائل ہلال ہوتا ہے (شکل ۱۳۳، صفحہ ۱۱) ۔ باقی ماندہ قرنیہ اکثر دھندلا (مکدّر)، بھورا، اور دررزیدہ (infiltrated) ہوتا ہے ۔ یہ عمل بہت تیزی کے ساتھ

بڑھتا جاتا ہے، اِس سے قرنیہ کا بیشتر حصّہ تلف ہوجاتا ہے، اور انثقاب (perforation) واقع ہوجاتا ہے۔ التہابِ قزحیہ (iritis) ابتدا ہی میں ہوجاتا ہے اور شدید ہوتا ہے، اور کوشکی ریم (hypopyon) تقریباً ہمیشہ موجود ہوتا ہے۔ قرحہ کی خبثیت (virulence) اور اُس کے ساتھ کے التہابِ قزحیہ کی وجہ سے آنکھ کو بہت زیادہ نقصان پہنچتا ہے۔ قزحیہ کا التصاق (adhesion) اور سقوط (prolapse) کثیر الوقوع ہے، پُتلی اکثر مسدود ہوجاتی ہے اور التہابِ قزحیہ و جسمِ ہدبی (iridocyclitis) اور التہابِ کُل العین (panophthalmitis) کا وقوع بھی شاذ نہیں۔ قرنیہ کی معتدبہ غثمیت (opacity) ہمیشہ، اور اکثر عنبہ (staphyloma) بھی ہوجاتا ہے۔ اِسی لئے بصارت میں معتدبہ خلل واقع ہوجاتا ہے، اور وہ اس قدر کم ہوجاتی ہے کہ اکثر اوقات محض اِدراکِ نور (perception of light) باقی رہتا ہے۔ خارج شدہ مواد میں ریوی نبقات (pneumococci) پائے جاتے ہیں۔

مزدوج عُصَیوی قرحہ (Diplobacillary Ulcer)۔ یہ نُفَیطی قرحہ (hypopyon ulcer) کی ایک خفیف تر قسم ہے جو مزدوج عصیّہ (diplobacillus) کی وجہ سے بچوں میں، اور کبھی کبھی بالغوں میں، ہوتی ہے۔ اِس کا اثر زیادہ امید افزا ہوتا ہے۔ یہ قرحہ جانباً پھیلنے کا رجحان رکھتا ہے مگر انثقاب (perforation) کا کم رجحان رکھتا ہے۔

قرحۂ موورین (Mooren's Ulcer) قرنیہ کے حاشیہ کے

قریب شروع ہوتا ہے اور بتدریج اُس پر پھیل جاتا ہے۔ اِس کی
بڑھتی ہوئی کور زیر کاویدہ (undermined) ہوتی ہے۔ اِس اثنا میں
ممکن ہے کہ قرحہ کا دوسرا حصہ مندمل ہو رہا ہو، اگرچہ یہ عموماً دوبارہ
ٹوٹ جاتا ہے۔ یہ قرحہ شاذ قرنیہ کی نصف دبازت کو ماؤف کر دیتا
ہے، اور انثقاب (سوراخ) نہیں کرتا۔ ممکن ہے کہ دونوں آنکھیں
ماؤف ہوں۔ یہ مرض بہت شاذ ہے۔ خردبین سے دیکھنے پر قرحہ
کا فرش انگوری بافت (granulation tissue) جیسے چھوٹے گول
خلیوں کے مجموعہ پر مشتمل ہوتا ہے۔ اِس قرحہ کا سبب نامعلوم ہے،
اگرچہ اِس کے سریری طور کے لحاظ سے یہ خیال ہوتا ہے کہ ممکن ہے کہ
ہزال نخاع کے قرحۂ ثاقب (perforating ulcer of tabes)
کی طرح یہ بھی داء العصبی مبداء (neuropathic origin) رکھتا ہو۔
علاج تقریباً مایوس کن معلوم ہوتا ہے، لیکن قرحہ کی بڑھتی ہوئی کور پر برقی کواء
(electric cautery) کے متواتر اطلاقات[1] آزمانا چاہیے۔

حاشیئ حلقہ نما قرحہ (Marginal Ring Ulcer)۔

147

یہ نادر الوقوع ہے اور اِس کا عمر آہستہ اور وقفوں کے ساتھ ہوتا ہے۔
یہ حاشیہ کے مختلف حصص کو یکے بعد دیگرے ماؤف کرتا جاتا ہے، اور
اِس طرح قرنیہ کے گرداگرد پھیلنے کا رجحان رکھتا ہے۔

قرحۂ شفاف (Transparent Ulcer)۔ یہ قرحہ چھوٹا،
سطحی اور مرکزی ہوتا ہے، اور پھیلنے یا انثقاب (سوراخ) کرنے کا

---

[1] repeated applications: متواتر اطلاقات۔

کوئی رجحان نہیں ظاہر کرتا۔ یہ خاصکر بچوں میں ہوتا ہے، اور اس قرحہ کے بعد غمیمیت (opacity) نہیں ہوتی، یا بہت کم ہوتی ہے، بلکہ اکثر صرف ایک چھوٹا گڑھا رہ جاتا ہے، جس کو رویک (facet) کہتے ہیں۔

نملی قرحے (Herpetic Ulcers) پھوٹے ہوئے (مشقوق) نملی آبلوں سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ وہ حاد حموی امراض (acute febrile diseases) بالخصوص نمونیہ اور انفلوئنزا، کے دوران میں دیکھے جاتے ہیں، اور اُن کے ساتھ خراش کے نمایاں علامات موجود ہوتے ہیں۔ وہ گروہ در گروہ یا قطار در قطار واقع ہونے کا رجحان رکھتے ہیں، اور ماؤف مقام بے حس ہوتا ہے۔ اگر ثانوی سرایت نہ واقع ہو تو عموماً وہ بہ سرعت مندمل ہو جاتے ہیں۔

شجر شکل قرحہ (Dendriform Ulcer)(Dendriform Keratitis: شجر شکل التہابِ قرنیہ)۔ یہ سطحی قرحہ کی ایک مزمن قسم ہے۔ اس میں قرحہ ایک رمادی مائل خط سے شروع ہو کر شاخیں نکالتا ہوا پھیلتا ہے۔ ان شاخوں کے سرے گومڑی دار یا گرہ دار (knobbed) ہوتے ہیں۔ یہ قرحہ عموماً حموی عوارض کے ساتھ ہوا کرتا ہے، اور جنگ عظیم کے دوران میں تپ خندقی (trench fever) کے بعد نہایت عام طور پر دیکھا گیا۔

خراج قرنیہ (Abscess of the Cornea)۔ یہ جرمِ قرنیہ کے اندر ایک ریمی درریزش ہے، جو سطح کی طرف سے اور پیچھے، دونوں مقام پر تندرست بافت سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ موضوعی علامات وہی ہوتے ہیں جو سرایت زدہ قرحہ (infected ulcer) میں ہوتے ہیں؛

اور عموماً اِس کے ساتھ التہابِ قزحیہ (iritis) اور کوشکی ریم (hypopyon) موجود ہوتا ہے۔ حلقہ دار خراج قرنیہ (Ring Abscess of the cornea) کی اصطلاح اُس سرایت کے لئے استعمال کی جاتی ہے جو چھیدنے والے (ثاقب) زخموں (شاذ صورتوں میں عملیوں) کے بعد واقع ہو جاتی ہے۔ اِن میں قرنیہ کے مرکزی حصّہ میں ایک زرد حلقہ پیدا ہو کر جلد ہی اِس حصّہ میں تنخر (necrosis) واقع ہو جاتا ہے، اور بالآخر عموماً التہابِ کُل العین (panophthalmitis) ہوتا ہے۔

علاج تین قسموں میں تقسیم کیا جا سکتا ہے، یعنے (۱) بنیئی (constitutional)، (۲) اُن مقامی عوارض کا علاج جو پہلے سے موجود ہوں، (۳) تقرحی عمل کا مقامی علاج۔

بنیئی علاج۔ چونکہ قروح عموماً ان لوگوں میں واقع ہوتے ہیں جن کی عام حالت درجۂ اعتدال سے گری ہوئی ہوتی ہے، لہٰذا ضروری ہے کہ نظامِ جسم کی تقویت اور قویٰ کی اصلاح کے لئے غذا، تازہ ہوا، صحی ماحول، آنتوں کی حالت وغیرہ کی طرف توجہ کی جائے۔ اکثر مقویات (tonics) استعمال کئے جاتے ہیں۔

پہلے سے موجود (سابق الوجود) مقامی عوارض کا علاج۔ اجسامِ غریبہ کو نکال دیا جائے اور دوسرے مقامی خراش آور عوارض کا تدارک کیا جائے۔ التہابِ ملتحمہ (conjunctivitis) اور التہابِ تاریچۂ دمعی (dacryocystitis) کے مختلف اقسام پر نہایت احتیاط سے توجہ کرنی چاہیے۔ 148

مقامی علاج: ایٹروپین (بعض اوقات ایسیرین)، پٹی،

گرم رِفادات (hot compresses)، دافع عفونت غسولات (antiseptic lotions) کا استعمال۔ کھرچنا (scraping)، داغنا (cauterization) اور قرنیہ کا بزل (paracentesis)، اور قرحہ میں بہ طریقۂ سیمِش شگاف دینا (division of the ulcer by Saemisch's method)۔

ایٹروپین قرحہ کی تہ میں کی حسّی عصبی منتہاؤں کو بے حس کر دیتی ہے، پُتلی کو پھیلاتی ہے، اور تدمّع (اشک ریزی) (lacrymation) کو روکتی ہے۔ اُس کے ایک فیصدی محلول کا ایک قطرہ آنکھ میں ڈالا جائے یا ویزلین سے بنائے ہوئے ایک فیصدی مرہم کا دن میں تین بار یا اس سے زیادہ بار استعمال کیا جا سکتا ہے۔ بعض اوقات جبکہ قرحہ محیطی ہو اور اُس میں انثقاب (سوراخ ہو جانے) کا احتمال ہو تو ایٹروپین کی بجائے ایسیرین (eserine) استعمال کرنے کی سفارش کی جاتی ہے، لیکن چونکہ ایسی حالتوں میں التہابِ قزحیہ (iritis) پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے لٰہذا ممکن ہے کہ ایسیرین ایک خطرناک دوا ثابت ہو کیونکہ وہ پُتلی کو سُکڑا دیتی ہے، درآنحالیکہ ضرورت اِس کی ہے کہ جب قزحیہ ملتہب inflamed ہو تو پُتلی کو پھیلا ہوا رکھا جائے۔ مزید براں ایسیرین ایٹروپین کی نسبت زیادہ خراش آور ہوتی ہے۔

اگر درد شدید ہو اور ایٹروپین کے استعمال سے اُس میں تخفیف نہ ہو تو ممکن ہے کہ ایک یا دو دن کے لئے کوکین (cocaine) یا ہالوکین (holocaine) استعمال کرنا پڑے۔ یہ دوائیں، خاصکر کوکین، ضرورت سے زیادہ طویل عرصہ تک ہرگز استعمال نہیں کرنا چاہئے کیونکہ ان دواؤں سے قرنیہ کے سرحلمہ کے جھڑ جانے (تسلّخ: exfoliation) کا رجحان ہوتا ہے۔

حفاظت۔ آنکھ کی حفاظت کے لئے دھنیلی عینک (smoked glass) یا پٹی استعمال کی جاسکتی ہے۔ ڈھیلی باندھی ہوئی پٹی نہ صرف آرام دہ ہوتی ہے، بلکہ وہ پپوٹوں کو بند اور بے حرکت رکھ کر قرحہ کی خراش کو بھی روکتی ہے۔ مزید براں اُس سے نفع بخش گرمی بھی حاصل ہوتی ہے لیکن جب اخراج (مواد) زیادہ ہو تو سطحی قروح کی حالت میں پٹی کا استعمال ممنوع اور نامناسب ہے۔ بہرحال ایسی ہر حالت میں جس میں قرنیہ میں انثقاب (perforation) (سوراخ ہونے) کا امکان ہو، ایک مضبوط (داب[1]) پٹی باندھی جاتی ہے۔ اسے دن میں کئی بار کھولنا اور پھر باندھنا پڑتا ہے، تاکہ آنکھ کو صاف کرنے اور مقامی ادویہ کو لگانے کا موقع ملتا رہے۔

گرم رفادات (Hot Compresses) دن میں کئی بار آدھے گھنٹے تک لگانے چاہئیں۔ یہ قرحہ کے اندمال میں ممد ہوتے ہیں۔

دافع عفونت غسولات (Antiseptic lotions)، مثلاً بورک ایسڈ، سوڈیم کلورائیڈ، بائی کلورائیڈ آف مرکیوری (bichloride of mercury) (۱ ؛ ۶،۰۰۰) مُصفّی عاملات (cleansing agents) کی طرح اثر انداز ہوتے ہیں اور خاصکر اُس وقت مفید ہیں جب کہ مواد زیادہ خارج ہوتا ہو۔ انہیں ایک منطال (آبیار) (irrigator) یا پچکاری میں سے استعمال کرنا چاہیئے، اور جب قرحے موجود ہوں تو مغسلِ چشم (eyebath) میں سے ہرگز استعمال نہیں کرنا

---

[1] pressure bandege فشاری پٹی یا داب پٹی۔

149

چاہیئے۔

دوسری تدبیریں جو بعض اوقات استعمال کی جاتی ہیں حسب ذیل ہیں:

آیوڈوفارم (iodoform) قرنیہ پر چھڑکنا یا مرہسم کی شکل میں لگانا۔ کروسو سبلیمیٹ (corrosive sublimate) (۱: ۵۰۰۰) کے زیر ملتحمی اشرابات (subconjunctival injections)۔ پروٹارگال (protargol) (۱۰ فیصدی)۔ فارمالین (formalin) (۱: ۲۰۰۰)۔

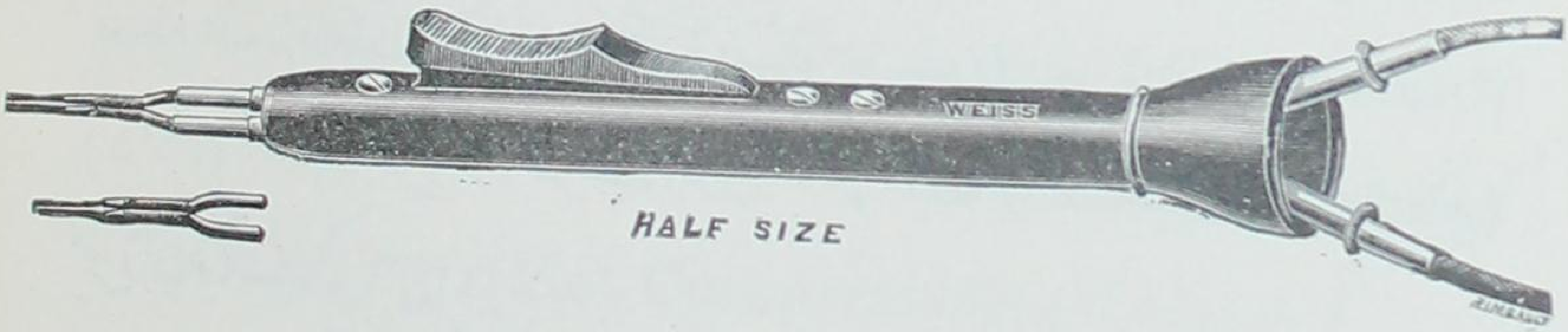
اجنبی پروٹینز (Foreign Proteins)۔ قرحہ کی قشبی (زہریلی) قسموں میں کثیر گرفتی مصل (polyvalent serum) دینا فائدہ مند ہوسکتا ہے، یا جوش دئے ہوئے دودھ (boiled milk) (۵ تا ۱۰ مکعب سمر) کا اشراب الوی عضلات (gluteal muscles) میں کیا جائے۔

پھیلاؤ کو روکنا۔ اگر یہ ادویہ ناکافی ہوں اور قرحہ پھیلتا جاتا ہو تو قرحہ کی تہ اور حاشیوں کو ایک تیز چھوٹے چمچے یا مجرف (curette) سے کھرچ کر، یا بہتر یہ ہے کہ اِس رقبہ کو داغ کر (cauterizing) ساری ماسکہ (infective focus) کو تلف کردیا جائے۔

تکویہ (داغنا) (Cauterization) خالص مایع کاربولک ایسڈ (liquid carbolic acid) سے کیا جاتا ہے۔ قرنیہ کو جاذب کاغذ سے خشک کرکے اِس ترشہ کو ایک تیز نوکدار دیا سلائی سے لگا دیا جاتا ہے۔ حقیقی کَیّ (actual cautery) یا گیلوانی مکوات (galvano-cautery) سے بھی داغا جاتا ہے۔

صبغۂ آیوڈین (Tincture of iodine) یا الکحل مطلق

(absolute alcohol) قرنیہ کے قرحوں کی دفعِ تمرائیت (disinfection) اور تکویہ (داغنے) کا ایک نہایت کارگر ذریعہ ہے۔ جاذب روئی کا ایک ٹکڑا ایک مِلساق (applicator) پر مضبوط لپیٹ کر صبغۂ آیوڈین (یا الکحل) میں ڈبویا جائے اور پھر چند منٹ تک ہوا میں کھلا رکھا جائے تاکہ اُس میں مائع کی زیادتی نہ رہے۔ اب اُسے قرحہ اور اُس کے دَرزَخنہ (infiltrated) حاشیوں پر رگڑ دیا جائے۔ اِس طریقہ سے عموماً متعدد بار یکے بعد دیگرے کئی دنوں تک، داغنے کی ضرورت ہوتی ہے۔



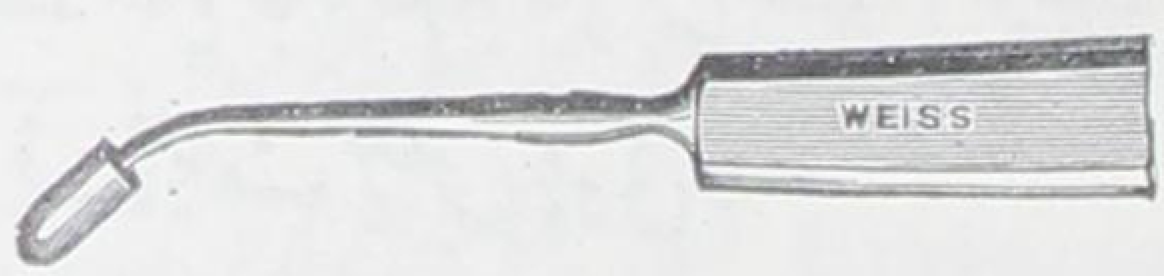
شکل ۱۳۸۔ گیلوانی مکواۃ (Galvano-cautery)۔

گیلوانی مِکواۃ (Galvano-Cautery)۔ آنکھ کو کامل طور سے بے حس کرنے اور قرحہ کو فلورسین (fluorescein) سے رنگنے کے بعد، شکل ۱۳۸ میں بتلائے ہوئے برقیرہ (electrode) کو اس حصہ پر جس کو داغنا منظور ہے، ٹھنڈا رکھ دیا جائے۔ اب مواصلہ[۱] (connexion) کر لیا جائے (یعنے گیلوانی مکواۃ کے کھٹکے کو سرکا کر برقی رَو جاری کر دی جائے) جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مِشعل (burner) کا رنگ گہرا سرخ ہو جاتا ہے۔

---

[۱] to make connexion = مواصلہ کرنا۔ برقی رَو جاری کرنا۔

پھر جلدی سے (مقاطعہ کرکے) جوڑ توڑ دیا جاتا ہے[1] (یعنے برقی رَو کو بند کر دیا
جاتا ہے)۔ یا برقیرہ کو پہلے ہی سے گرم کرکے اُن نقطوں پر جن کو داغنا
ہے جلد جلد لگایا جائے۔ اِس طرح سے متواتر نقطوں (خاصکر قرحہ کے
حاشیوں) کو داغا جائے۔ ہر نقطہ کو ذرا ہی دیر کے لئے داغنا چاہیے
تاکہ انثقاب (perforation) (سوراخ) نہونے پائے اور زیادہ گہرے
150
حصوں تک ایصالِ حرارت (conduction of heat) نہ ہونے پائے۔
قرحہ کو داغنے کے لئے پلاٹینم کا ایک چھوٹا سا قمقمہ (platinum
bulb) جو ہاتھی دانت کے دستہ میں جڑا ہوا ہوتا ہے (شکل ۱۳۹)



شکل ۱۳۹۔پلاٹینم کا مکواۃ (Platinum Cautery)۔

مشّاق ہاتھوں میں اِس (مکواۃ) سے بھی ایک بہتر آلہ ثابت ہوتا ہے۔
اِس قمقمہ کو ایک اِسپرٹ لمپ سے گرم کرلیا جاتا ہے (جس سے وہ
ڈنک کر سرخ ہو جاتا ہے)۔ اُسے ہاتھ میں پکڑ کر تیار رکھا جاتا ہے اور
جیسے ہی کہ دن کی روشنی میں اُس کی ڈنک اور سرخی غائب ہو اُسے
جلدی سے قرحہ کی سطح پر لگا دیا جاتا ہے۔ تار کے برقیرہ (wire
electrode) کی نسبت اِس قمقمہ کی شکل (وضع) اِس کام کے لئے

---

[1] مقاطعہ کرنا۔ جوڑ توڑنا۔ برقی رَو کو بند کرنا۔ = to break connexion.

زیادہ موزوں ہے، اور چونکہ اِس آلہ کی جسامت بھی چھوٹی ہوتی ہے لہٰذا اِس سے زیادہ نزاکت اور سبکدستی سے کام لے سکتے ہیں۔

مِقیاسی کَیّ (Metri-cautery)، جس میں عامل کو برق زاد حرارت (electrically generated heat) کے درجہ پر قابو حاصل ہوتا ہے، سرایت زدہ اور کوشکی ریمی قرحوں (hypopyon ulcers) میں نہایت کارآمد ہے۔ اِس آلہ کی نوک پر ایک تپش پیما (thermometer) ہے جو رَو کو منضبط کرکے ۵۰ تا ۸۵ درجہ سینٹی گریڈ پر قائم رکھا جاتا ہے، تپش کا اندراج کرتا ہے۔ قرنیہ کو بے حس کرنے کے بعد آلہ کا سِرا قرحہ پر ایک منٹ کے لئے لگایا جاتا ہے۔ اِس سے عضویے (جراثیم) ہلاک ہوجاتے ہیں مگر بافت تلف نہیں ہوتی۔

بزلِ قرنیہ (Paracentesis of the cornea)۔ یہ ایک دوسری عمدہ تدبیر ہے۔ یہ سوراخ اکثر ایک مِبزل (trocar) کے ذریعہ کیا جاتا ہے، جس کا ایک دبیز کندھا باہر کو پھیلا ہوا ہوتا ہے جو مبزل کو زیادہ دور تک داخل نہیں ہونے دیتا۔ ایک نیزک نما چاقو (lance-shaped knife) (شکل ۱۹۲)، چوڑی سوئی (شکل ۲۱۷)، یا گریفے کے چاقو (Graefe knife) (شکل ۲۰۷) سے بھی یہ سوراخ کیا جاسکتا ہے۔ مقامی بے حسی اور تثبیتی کلابیب (fixation forceps) (شکل ۱۸۶) سے کُرۂ چشم کی تثبیت کے بعد چھیدنے والے آلہ کو، قرنیہ کے زیرین حاشیہ کے قریب، قرنیہ میں عموداً (کھڑا) داخل کردیا جاتا ہے، بجز اُس صورت کے جبکہ قرحہ کا محلِ وقوع اُسے کسی دوسری جگہ داخل کرنے کی ضرورت ظاہر کرے۔ جیسے ہی کہ اُس کی نوک خزانۂ مقدم (anterior chamber) میں پہنچے

چھیدنے والے آلہ کے دستہ کو جھکا دیا جاتا ہے۔ اب اِس امر کی احتیاط رکھتے ہوئے کہ قزحیہ (iris) اور عدسہ (lens) زخمی نہ ہونے پائیں اُس چاقو یا مبزل کو اُفقاً (آڑا) آگے دھکیلا جائے، یہاں تک کہ شگاف تقریباً ۳ ملی میٹر (مم) لمبا ہو جائے۔ ازاں بعد، زخم کے پچھلے لبوں پر دباؤ رکھتے ہوئے، آلہ کو آہستہ آہستہ واپس نکال لیا جائے، تاکہ خزانۂ آبی (aqueous chamber) کا مافیہ بہ تدریج خالی ہو جائے۔ ممکن ہے کہ عملِ بزل (paracentesis) مکرر کرنا پڑے، یا ایک سلائی (probe) سے زخم کو روزانہ پھر کھولنے کی ضرورت ہو، یہاں تک کہ قرحہ صاف ہو جائے۔

151 انثقاب (perforation) کے خطرہ کا سدِّ باب کرنیکے لئے ہمیشہ عملِ بزل (paracentesis) بطور پیش بندی کے کرلینا چاہیئے۔ خود بخود انثقاب کا خطرہ نہ ہو تو بھی عمل بزل کے بعد تناؤ کے موقتی طور پر کم ہو جانے کی وجہ سے لمفی فضائیں خالی ہو جاتی ہیں اور اِس کا مفید اثر یہ ہوتا ہے کہ اُس قرحہ میں بھی جو پہلے مشکل سے اچھا ہو رہا تھا عملِ اندمال (healing) شروع ہو جاتا ہے۔

عملیۂ سیمِش (Saemisch's operation) کے ذریعہ قرحہ کو کھول دینے کا طریقہ اب بڑی حد تک متروک ہے، اور اُس کے بجائے عملِ بزل (paracentesis) اور حراری کَیّ (thermo-cautery) (کَیّ بالنار)، یا مقیاسی کَیّ (metri-cautery) کو زیادہ پسندیدہ خیال کیا جاتا ہے، لیکن یہ عملیہ (سیمِش) قروحِ ساعیہ یا دبیب قرحوں (serpiginous ulcers) کی بعض شدید قسموں میں کارآمد ہوتا ہے۔

اگر اِس عمل کے کرنے کا ارادہ ہو تو اِسے ابتدا ہی میں، قرنیہ کے زیادہ

وسیع طور پر تلف ہونے سے پہلے، کرنا چاہئے۔ قرحہ سے ایک یا دو ملی میٹر باہر کو قرنیہ کی صاف بافت میں سے گریفے چاقو بھونک کر اُسے خزانۂ مقدم میں سے گذارتے ہوئے قرحہ سے ایک تا دو ملی میٹر اندر کی جانب باہر نکالا جائے۔ چاقو کی دھار کا رُخ سامنے کی طرف رکھا جائے اور قرحہ کو اُس کے وسط میں سے چیر کر کوشکی ریم (hypopyon) خارج کر دیا جائے۔

قرحہ کے خود بخود انثقاب (spontaneous perforation) کے بعد ایٹروپین ٹپکا کر ایک داب پٹی (pressure bandage) باندھ دی جائے، اور کامل آرام لینے پر اصرار کیا جائے۔ اگر قزحیہ کا خروج (prolapse) تازہ ہو تو اُسے فتحہ (سوراخ) کے حاشیوں کے انضمام (adhesion) سے جُدا کر کے کاٹ دیا جائے۔ اس سے وہی اثر حاصل ہوتا ہے جو قزحیہ برآری (iridectomy) سے ہوتا ہے۔ لیکن اگر قزحیہ کا خروج کئی دنوں سے موجود ہو تو اُسے اُسی طرح چھوڑ دینا چاہئے۔ ممکن ہے کہ بعد میں جراحی مداخلت کی ضرورت اور نوعیت ظاہر ہو جائے۔

جب عمل اندمال اچھی طرح شروع ہو چکا ہو تو بعض ہلکی ہیجج ادویہ (stimulating remedies) مثلاً یلو آکسائیڈ آف مرکیوری کا مرہم یا اُس سے بھی بہتر ڈایونین (dionin) (ایک تا دو فی صدی) کے قطرے دن میں ایک بار، استعمال کرنا چاہئے تاکہ اندماب (cicatrization) جلد واقع ہو اور قرنیہ جس قدر جلد ممکن ہو صاف ہو جائے۔

پپوٹوں کی ناقص مسدودی (Defective Closure of the Lids) کی وجہ سے التہابِ قرنیہ (Keratitis)۔

التہابِ قرنیہ کی یہ قسم قرنیہ کے کھلا رہنے کی وجہ سے ہوتی ہے، اُسوقت جبکہ پپوٹے قرنیہ کو ڈھکا ہوا نہ رکھیں (lagophthalmos : خرگوش چشمی)۔ ایسے حالات میں قرنیہ خشک ہوتا جاتا ہے اور اُس پر ملتحمی افراز اور ہوا کا گرد و غبار جمتا رہتا ہے، جس کی وجہ سے اُس میں درریزش (infiltration) اور تقرح (ulceration) واقع ہو کر ازاں بعد قرحۂ قرنیہ کا عمر جاری رہتا ہے۔ پپوٹوں کی ناقص مسدودی کے اسباب یہ ہیں: عضلۂ محیطیہ (orbicularis) کا شلل (وجہی شلل facial paralysis:) نمایاں جحوظ (exophthalmos)، اور پپوٹوں کے مختلف تشوہات (deformities)۔ علاج یہ ہے کہ اگر ممکن ہو تو خرگوش چشمی (lagophthalmos) کا تدارک کیا جائے، مصفی محلولوں سے ملتحمی تاجہ کا بار بار غسول (irrigation) کیا جائے، اور پپوٹوں کو پٹی باندھ کر یا پلستر (لصقہ) سے بند کر دیا جائے۔ تاوقتیکہ یہ عارضہ بعض حدود سے آگے نہ بڑھ گیا ہو، اسے اِس تجویزِ علاج سے قابو میں رکھا جاسکتا ہے۔

152

عصبی شللی التہابِ قرنیہ (Neuro-paralytic Keratitis)

(Neuro-paralytic Keratitis)- یہ قرنیہ کے تقرح اور درریختگی کی وہ قسم ہے جو ثلاثی توأمی عصب (trigeminus) کے شلل کے بعد دیکھنے میں آتی ہے۔ بعضوں کا خیال ہے کہ یہ تغیرات پرورشی (trophic) یعنے تغذیہ سے متعلق ہوتے ہیں، دوسروں کی رائے ہے کہ یہ قرنیہ کے کھلا رہنے اور بے حس قرنیہ پر اجسامِ غریبہ (foreign bodies) کے جاگزین ہونے کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ اِس التہاب کا آغاز قرنیہ کی ایک بڑی مرکزی

در ریختگی سے ہوتا ہے، جس کا ممیز خاصہ یہ ہوتا ہے کہ قرنیہ کا سر حلمہ بھڑک کر ازاں بعد تقرح واقع ہوجاتا ہے۔ شدید حالتوں میں کوشکی ریم (hypopyon) اور انثقاب (سوراخ) ہوسکتا ہے۔ درد یا تدمع (اشک ریزی) نہیں ہوتا۔ مرض کا مزمن ہوتا ہے، اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قرنیہ میں معتد بہ عتمیت (opacity) (تکدّر قرنیہ) پیدا ہوجاتی ہے۔ علاج یہ ہے کہ آنکھ پر پٹی باندھ دی جائے، یا پلکوں کو پلستر (لصقہ) سے یا وسطی جفن دوزی (median tarsorraphy) کے ذریعہ بند رکھا جائے۔ ایٹروپین (atropine) اور گرم رفادات بھی کارآمد ہیں۔

جفوفی التہابِ قرنیہ (Xerotic Keratitis)

(Keratomalacia : لینتِ قرنیہ)۔ یہ عارضہ قرنیہ کے تغذیہ میں کمی کی وجہ سے ہوتا ہے۔ یہ ایک نادر مرض ہے، جو نہایت ناتواں بچوں میں ہوتا ہے۔ مرضی عمل دونوں آنکھوں کے ملتحمہ (conjunctiva) کی خشکی سے شروع ہوتا ہے۔ جلد ہی وہ قرنیہ جو جفنی روزن (palpebral aperture) سے متناظر ہوتا ہے، مکدر (دھندلا) اور خشک ہوجاتا ہے، اُس پر چھلکے جم جاتے ہیں، اور وہ متقرح اور اکثر اوقات منثقب بھی ہوجاتا ہے۔ شب کوری (رتوندا) موجود ہوتی ہے۔ اِس کے بیشتر مریض زندگی کے پہلے سال میں ہوتے ہیں اور اِن کی بڑی اکثریت کی موت اُسی بنیادی مرض کی وجہ سے واقع ہوتی ہے جو قرنیہ کی اِس مرضی حالت کا اصلی سبب ہے۔ نسبتۃً زیادہ عمر کے بچوں میں ممکن ہے کہ یہ عارضہ کم شدت کا ہو۔ لیکن اُس میں قرنیہ کے نمایاں عتمات (opacities) قائم رہتے

ہیں۔ علاج میں وہ تدابیر شامل ہیں جو عام طاقت کو زیادہ کریں [ایسی غذائیں جن میں حیاتینیں (vitamins) زیادہ ہوں، کاڈلیور آئل، مکھن]، اور مقامی طور پر گرم رفادات (hot compresses)، دافعِ عفونت محلولات، بندش (پٹی)، اور ایٹروپین داعیۂ علاج ہیں۔

زخنگی یا سنخیتی التہابِ قرنیہ

(INTERSTITIAL OR PARENCHYMATOUS KERATITIS)

یہ قرنیہ کے وسطی اور پچھلے طبقوں کی خلوی دررنختگی (cellular infiltration) ہے، جو اکثر اوقات بچپن میں لاحق ہوجایا کرتی ہے۔ اِس عارضہ کا عمر مزمن ہوتا ہے، اور یہ تقرح (ulceration) نہیں پیدا کرتا، اِس کے ساتھ عنبیہ کے خطّے (uveal tract) کا کم و بیش التہاب موجود ہوتا ہے۔

معروضی علامات (Objective Symptoms)۔ یہ عارضہ یا تو قرنیہ کے مرکز میں یا قرنیہ کے حاشیہ سے شروع ہوتا ہے۔ اگر یہ مرکز سے شروع ہوتا ہے تو یہ حصہ ایک رمادی مائل (بھورے رنگ کی) درریزش پیش کرتا ہے، اور شروع شروع میں سطحی تہیں اپنی طبعی چمک برقرار رکھتی ہیں۔ یہ مرکزی جھکتی جلد ہی پھیل جاتی ہے، یہاں تک کہ پورا قرنیہ ماؤف ہوجاتا ہے۔ اگر مرضی عمل محیط سے شروع ہوتا ہے تو ایک یا زیادہ بھورے رنگ کے ہلال دکھائی دیتے ہیں، جو جلد ہی مرکز کی طرف پھیلکر سارے قرنیہ کو ماؤف کر دیتے ہیں۔ جب درریزش عمومی ہوجاتی ہے تو قرنیہ نرم پڑجاتا ہے، اُس کا رنگ

گھنا بھورا یا بعض اوقات زردی مائل بھورا ہوجاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اب قزحیہ (iris) دکھلائی نہیں دیتا اور بصارت اتنی کم ہوجاتی ہے کہ ادراکِ نور (perception of light) سے ذرا ہی زیادہ باقی رہتی ہے۔ اب قرنیہ کی سطح غبار دار ہوکر اندھے شیشے (ground glass) سے مشابہ ہوجاتی ہے۔ اس وقت میں، یا اس سے پہلے ہی، عمیق المقام عروق دمویہ (جو مقدم ہدبی : anterior ciliary عروق سے نکلتے ہیں) ظاہر ہوکر قرنیہ پر کم و بیش چھا جاتے ہیں (شکل ۱۳۷ صفحہ ۱۱)۔ یہ محیط کو یا محدود قطعات کو، یا سارے قرنیہ کو ڈھانک دیتے ہیں۔ اس تعرّق (vascularization) سے ایک میلی سرخ یا زردی مائل سرخ بدرنگی پیدا ہوجاتی ہے جس کو سامنی چکتی (salmon-coloured patch) کہتے ہیں۔ ابتک مرض کی رفتار خراش کے علامات کے ساتھ ہوتی ہے، اور ایک یا دو مہینے تک جاری رہتی ہے۔

اس کے بعد التہاب کم ہونا شروع ہوتا ہے۔ قرنیہ کا محیط صاف ہوجاتا ہے، عروقِ دمویہ کم ہوجاتے ہیں، خراش کے علامات غائب ہوجاتے ہیں، اور بصارت بہتر ہوجاتی ہے۔ ممکن ہے کہ اس عمل کے وقوع میں کئی مہینے بلکہ ایک سال لگے، اور قرنیہ کا مرکزی حصہ سب سے آخر میں صاف ہوتا ہے۔ امید افزا حالتوں میں ایک سال یا زائد عرصہ کے بعد بجز ایک خفیف سی مرکزی عتمیت (central opacity) اور چند باریک محیطی عروق کے اور کچھ نہیں ملتا۔

لیکن سبھی حالتیں ایسا سلیم ممر اختیار نہیں کرتیں۔ عنبیہ کے خلیے (uveal tract) کا اگلا حصہ برابر ماؤف ہوتا ہے۔ خفیف حالتوں میں

صرف قزحیہ کا امتلا (congestion of iris) ہوتا ہے - لیکن زیادہ نمایاں قسموں میں التہابِ قزحیہ (iritis) ، التہابِ مشیمیہ (choroiditis) ، التہابِ جسمِ ہدبی (cyclitis) ، اور زجاجیہ (vitreous) میں تغیرات پائے جاتے ہیں - ایسی حالتوں میں قرنیہ کی عدم شفافیت (تکدر) کسی قدر کم ہونے کے بعد ممکن ہے کہ ہمیں ان التہابات کے ظواہر حسب ذیل شکل میں نظر آئیں :- قزحیہ کے انضمامات عدسہ کے ساتھ (مؤخر التصاقاتِ قزحیہ posterior synechiæ :) ' قزحیہ (iris) اور مشیمیہ (choroid) میں تغیرات ' زجاجیہ کے عتمات (opacities of the vitreous) بلکہ طردِ حدقہ (exclusion of the pupil) اور التہابِ قزحیہ و جسمِ ہدبی (iridocyclitis) - ممکن ہے کہ اسکے بعد عنبۂ قرنیہ (staphyloma of the cornea) بھی واقع ہو - چنانچہ ان التہابی اعمال کی وجہ سے بصارت میں کم و بیش خطرناک خرابی پیدا ہو جانا ممکن ہے - مزید براں ممکن ہے کہ قرنیہ کے صاف ہونے کا عمل رک جائے اور اس میں ایک کثیف عتمیت (dense opacity) باقی رہ جائے ' اور یہ بھی کارآمد بصارت کو زائل کر دیتی ہے -

154

موضوعی علامات دورِ ریزش اور تکونِ عروق (vascularization) کے زمانہ میں نور ترسی ' اشک ریزی ' درد ' اور بصارت میں خلل ہوتا ہے ' اور ان علامات کی شدت عموماً مرضی عمل کی شدت پر منحصر ہوتی ہے - انجذاب جاری رہنے کے دوران میں یہ علامات بتدریج کم ہو جاتی ہیں - عموماً دونوں آنکھیں ماؤف ہوتی ہیں ' اور اکثر دوسری آنکھ کا

التہاب اُسوقت شروع ہوتا ہے جبکہ پہلی آنکھ کا التہاب چند ہفتے یا مہینے موجود رہ چکا ہو۔

بحث اسباب ۔ یہ مرض عموماً پانچ سال اور پندرہ سال کے درمیان کی عمر میں واقع ہوتا ہے، اِس زمانہ کے بعد اِس کا پایا جانا نسبتہً کم عام ہے، اور تیس سال کے بعد تو یہ نادر الوقوع ہے لیکن پھر بھی یہ ساٹھ سال تک کی ہر عمر میں دیکھا گیا ہے۔ اِن اصابات (cases) کی بڑی اکثریت کا سبب موروثی آتشک (inherited syphilis) ہے۔ چند حالتوں میں یہ مرض اکتسابی آتشک (acquired syphilis) یا تدرّن (tuberculosis) کے باعث بھی ہوتا ہے، یا نامعلوم اسباب کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ بہت سی حالتوں میں موروثی آتشک کے دوسرے علامات موجود ملیں گے،



شکل ۱۴۰۔ ایک مریضہ کی عکسی تصویر جس میں موروثی آتشک (Inherited Syphilis) کے امارات مع ہچنسنی دانتوں (Hutchinsonian teeth) کے نمایاں ہیں۔

مثلاً ایک مخصوص قیافہ (physiognomy) کھوپری کی خاص بناوٹ [پیشانی مربع،جبہی فرازات (frontal eminences) نمایاں طور پر اُبھرے ہوئے، ناک کا بانسا دبا ہوا] زاویۂ دہن (باچھوں) پر مُشعّع ندبات (radiating scars) (شکل ۱۴۰)، دہن اور حلقوم کے اندر ندبات (داغ)، پینس (ozœna) (یعنے ناک سے بدبو آنے کا مرض)، عنقی لمفی غدد کی کلانی، ہڈیوں پر گرہیں (nodes)، اور کم یا زیادہ ثقلِ سماعت۔

155

مستقل دانتوں کا نمو ناقص ہوتا ہے، اُن کے زاویے گول ہوتے ہیں اور اکثر اُن کے آزاد حاشیوں میں ایک ہلالی گڑھا ہوتا ہے۔ یہ تغیرات بالائی مرکزی ثنایا (upper central incisor teeth) میں خاص طور پر نمایاں ہوتے ہیں (ہچنسنی دانت Hutchinsonian teeth : شکل ۱۴۰)۔

امراضیات ۔یہ مرض در اصل ایک عمیق التہابِ قرنیہ ہے، جس کے ساتھ عنبیہ (uvea) بھی ماؤف ہو جاتا ہے۔ جرمِ حقیقی (substantia propria) کے ورقوں (laminæ) کے درمیان، اور بالخصوص اُن ورقوں کے درمیان جو سب سے زیادہ پیچھے واقع ہیں، ثابت خلیاتِ قرنیہ (fixed corneal cells)، لمفی خلیوں (lymphocytes) اور ایوسین پسند خلیوں (eosinophils) کی خلوی دررَیزش ہوتی ہے جو خاصکر نوساختہ شعری عروق (capillary vas-cularization) کے گرد جمع ہو کر قرنیہ میں وبازت پیدا کر دیتی ہے۔ قرنیہ کا سرحلمہ ناہموار طور پہ دبیز اور دھندلا ہو جاتا ہے۔غشائے بومن لہریہ دار اور ناہموار ہوتی ہے، اور اُس کے نیچے ایک تہ تکاثر یافتہ

ثابت خلیاتِ قرنیہ کی ہوتی ہے، جس میں باریک (proliferated) عروقِ شعریہ پائے جاتے ہیں۔ غشائے ڈیسیمیٹ میں جھریاں پڑجاتی ہیں۔ قرنیہ کی پچھلی سطح سے سرحلمہ عموماً غائب ہوتا ہے اور اُس کے بجائے لمفی خلیوں کا اجتماع ہوجاتا ہے۔ انحلال (resolution) کے دوران میں قرنیہ پتلا ہوجاتا ہے۔ عنبیہ کے تغیرات التہابِ عنبیہ (Uveitis) کے تحت بیان کئے گئے ہیں (صفحہ 189)۔

علاج۔ مقامی علاج۔ ایٹروپین، دھندلے شیشہ کی حفاظتی عینک (smoked coquilles) سے یا ایک دفتی کی روک[1] (shade) کے ذریعہ آنکھ کو روشنی سے بچایا جائے، اور گرم رفادات (hot compresses) استعمال کئے جائیں۔ جب قرنیہ صاف ہونے لگے تو ہلکے مہیّج مرہم (mild stimulating ointments) مثلاً ییلو آکسائڈ آف مرکیوری (yellow oxide of mercury) اور کیلومیل (calomel) استعمال کئے جائیں، اور ان کے ساتھ ہلکی مالش کی جائے، یا ڈایونین (dionin) کا ایک فیصد محلول ٹپکایا جائے۔ اس امر کی احتیاط ضروری ہے کہ مہیّج علاج بہت ابتدائی درجہ میں نہ استعمال کیا جائے۔

بنیئی (Constitutional) علاج۔ کیلومیل $\frac{1}{10}$ گرین دن میں چار بار، گرے پاوڈر (gray powder) ایک گرین دن میں دو بار، یا ۵ گرین پوٹاس آیوڈائڈ (potassic iodide) کو $\frac{1}{16}$ گرین کروسیو سبلیمیٹ (corrosive sublimate) کے ساتھ دن میں تین بار دیا جائے۔

---

[1] eye shade (چشم سایہ)۔

آئرن آیوڈائڈ کا شربت (syrup of iodide of iron)، یا آیوڈین کی کوئی دوسری تجہیز (preparation)، کاڈلیور آئل، فولاد اور کونین اور عام صحت کی طرف توجہ۔ غیر معمولی اصابات میں جو بالغوں میں واقع ہوں، مرکیوری (پارہ) بذریعہ تمریخ (inunction) یا تحت الجلد اشراب (hypodermic injection)، اور آیوڈائڈ آف پوٹاسیم (iodide of potassium) بھی تجویز کیا جاتا ہے۔

156

اگرچہ سالورسان (salvarsan) آتشک کی اکتسابی قسم کی نسبت موروثی قسم کے علاج میں عموماً کم کامیاب ہے، تاہم بعض دشوار علاج حالتوں میں اس سے بہترین نتائج حاصل ہوئے ہیں، خاصکر جب کہ اس کے ساتھ خزانہ مقدم کا بزل (paracentesis) بھی شریک کردیا جائے۔ چونکہ تدرن (tuberculosis) گاہے اس مرض کا سبب اور گاہے اس کے ساتھ مؤتلف (associated) ہوتا ہے، لہٰذا جب اس عامل کا شبہ ہو تو ٹیوبرکیولین (tuberculin) کے اشرابات داعیۂ علاج ہیں۔

سَبَل (Pannus) (عروقی سدیمی یا عروقی التہابِ قرنیہ (vasculo-nebulous, or vascular keratitis : روہوں (trachoma) کے سلسلہ میں بیان ہوچکا ہے۔

غیر تقیحی التہابِ قرنیہ کی غیر معمولی قسمیں

(Uncommon Forms of Non-suppurative Keratitis)

حُویصلی التہابِ قرنیہ (Vesicular Keratitis)

میں قرنیہ کے متعدد غیر معمولی التہابات شامل ہیں جن کا ممیز خاصہ یہ ہے کہ
چھوٹے چھوٹے صاف آبلوں کے گروہ یا ایک بڑا شفاف چھالا پیدا ہو جاتا
ہے اور ساتھ ہی خراش کے نمایاں علامات موجود ہوتے ہیں - نملی
التہابِ قرنیہ (herpetic keratitis) (نملۂ قرنیہ herpes
corneæ : میں اور اُس التہابِ قرنیہ میں جو عصب پنجم کے پھیلاؤ کے
متناظر نملۂ منطقی (zoster) کے ساتھ ہوتا ہے، آبلے پیدا ہو جاتے ہیں،
اور حبابی التہابِ قرنیہ (keratitis bullosa) میں پھپولے ہوتے
ہیں - نابینا آنکھوں میں جن میں تناؤ زیادہ ہو، اور نقصان رسیدہ آنکھوں
میں جن کا قرنیہ غیر شفاف اور بے حس ہو، اکثر اوقات آبلے اور پھپولے
پائے جاتے ہیں -

سطحی مُنقّط التہابِ قرنیہ (Superficial Punctate Keratitis) تنفسی خِطّے کے حاد عوارض میں ایک پیچیدگی کے طور پر
ہوتا ہے، اور حاد التہابِ ملتحمہ (acute conjunctivitis) کے
علامات کے ساتھ شروع ہوتا ہے - قرنیہ کی سطحی تہوں میں غشائے بومن
کے نیچے، متعدد چھوٹے چھوٹے بھورے دھبے نمودار ہوتے ہیں، اور
ان کے ساتھ بھورے مُشعّع خطوط ہوتے ہیں اور کسی قدر عام دھندلا پن
بھی ہوتا ہے - یہ مرض نملہ (herpes) سے مشابہ ہوتا ہے، لیکن اس
میں نہ تو آبلے ہوتے ہیں اور نہ تقرح، اور زیادہ گہرے حصے بھی ماؤف
نہیں ہوتے - یہ نوعمر اشخاص میں ہوتا ہے، عموماً دو جانبی ہوتا ہے
اور کئی مہینوں تک جاری رہتا ہے، جس کے بعد کامل انجذاب
واقع ہوتا ہے -

علاج - اِلتہاب ملتحمہ اور شعبتی عارضہ کی طرف توجہ کی جائے۔ ایٹروپین (atropine)، گرم رفادات (hot compresses) دُھنیلی عینک (smoked glasses)، اور بالآخر یلو آکسائڈ آف مرکیوری کا مرہم استعمال کیا جائے۔

عمیق التہاب قرنیہ (Keratitis Profunda)-

یہ قرنیہ کا ایک عمیق المقام التہاب ہے جو بالغوں میں پیدا ہو جاتا ہے اس میں قرنیہ کی ایک بھوری مرکزی عتمیت (opacity) نمودار ہوتی ہے اور اُس کے ساتھ خراش کے علامات ہوتے ہیں۔ یہ چند ہفتوں میں بالکل یا تقریباً بالکل جذب ہو جاتی ہے، اور اِس کا علاج رخنکی التہاب قرنیہ (interstitial keratitis) کے علاج سے مشابہ ہوتا ہے۔

تصلّب پذیر التہاب قرنیہ (Sclerosing Keratitis)-

یہ نام التہابِ صلبیہ (scleritis) کی قرنیتی پیچیدگی (صفحہ 168) کو دیا گیا ہے۔ قرنیہ کا وہ حصہ جو صُلبیتی گرہک (sclerotic nodule) سے متصل ہوتا ہے، اِس عمل میں حصہ لیتا ہے، اور ایک مثلثی عتمیت باقی رہ جاتی ہے۔ علامات اور علاج التہابِ صلبیہ (scleritis) کے علامات اور علاج سے مشابہ ہیں۔

157

فیتہ نما التہابِ قرنیہ (Ribbon-shaped Keratitis) (Transverse Calcareous Film of the Cornea: قرنیہ کی عرضی کلسی فِلم)۔ یہ ایک سفیدی مائل یا رمادی مائل پٹی ہے جو جفنی تنگاف کے مقابل قرنیہ پر عرضاً پھیلتی ہے، اور اِس میں اکثر

چونا موجود ہوتا ہے ۔ یہ عارضہ عموماً بوڑھے آدمیوں میں ہوتا ہے، اور
اُن آنکھوں میں جو خطرناک طور پر مجروح یا کسی سابقہ دروں عینی عارضہ
(intra-ocular affection) کی وجہ سے ضائع ہو چکی ہوں ۔ علاج
یہ ہے کہ اِس پٹی کو آہستہ سے کھرچ کر نکال دیا جائے اور سوڈیم کاربونیٹ
(sodium carbonate) کے محلولات (ایک گرین فی اونس) استعمال
کئے جائیں ۔

قرص نما التہابِ قرنیہ (Keratitis Disciformis)

ایک غیر معمولی قسم ہے، بالغوں میں ہوتی ہے ۔ اِس میں قرنیہ کی وسطی
تہوں میں ایک رمادی قرص نما عتمیت (disc-shaped opacity)
پیدا ہو جاتی ہے جس کے مرکز میں ایک زیادہ کثیف دھبہ اور بعض اوقات
محیط پر ہم مرکز خطوط پائے جاتے ہیں، اور ساتھ ہی خراش کے علامات
موجود ہوتے ہیں ۔ اِس کا سبب معیّن طور پر معلوم نہیں، لیکن خیال
کیا جاتا ہے کہ قرنیہ کے سرحلمہ میں ایک نہایت خفیف سے نقص کی راہ
سے سرایت واقع ہو جانے کی وجہ سے یہ التہاب پیدا ہو جاتا ہے ۔ اِس
کی مُدّت کئی ماہ ہے ۔ ایک مستقل مرکزی عتمیت (central opacity)
باقی رہتی ہے ۔

التہابِ قرنیہ کی متعدد دوسری قسمیں بیان کی گئی ہیں، مگر اُن کا
وقوع شاذ ہے ۔

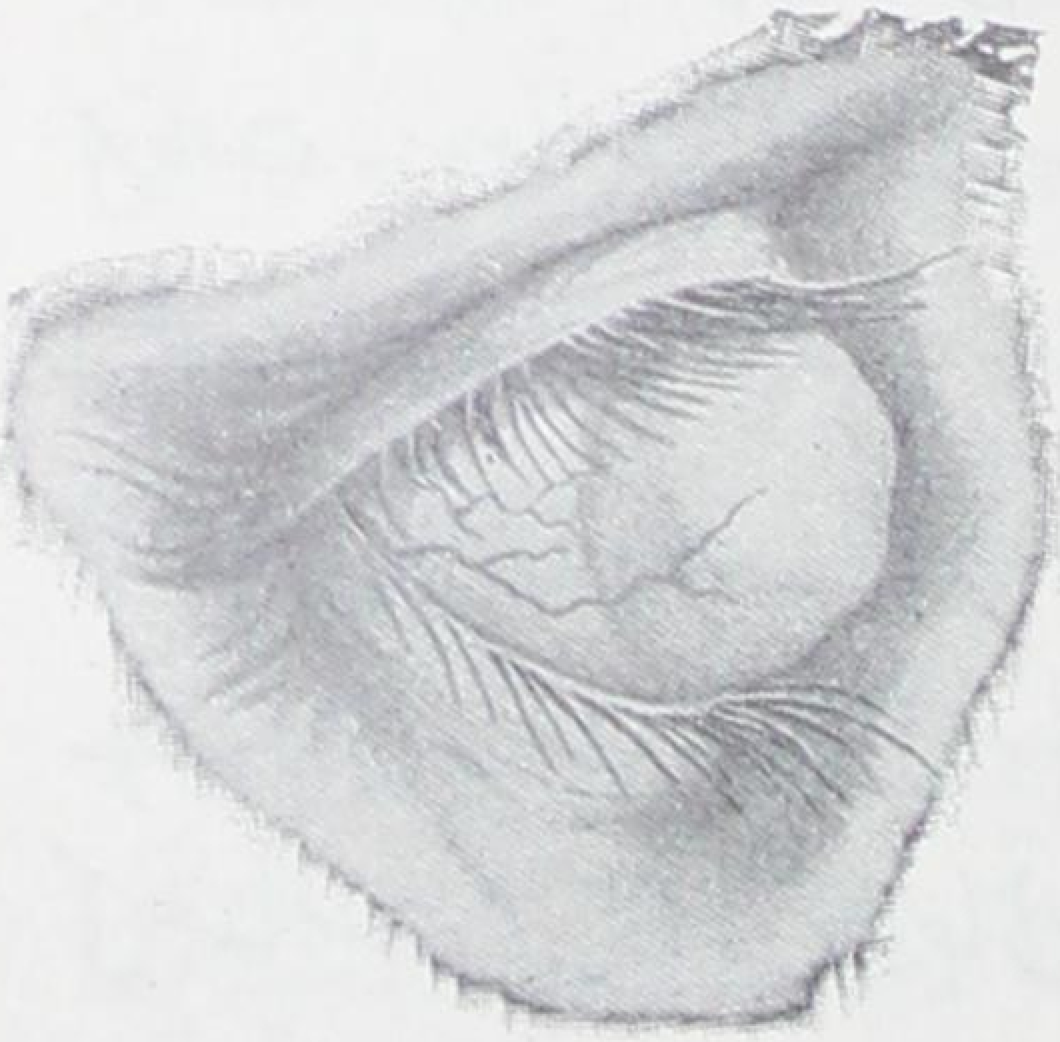
نام نہاد مُنَقَّط التہابِ قرنیہ (Keratitis Punctata)
(K. P. descemetitis : م ۔ ق ۔ ڈیسیمیٹی التہاب) ایک غلط
تسمیہ ہے ۔ دراصل یہ قرنیہ کا التہاب نہیں ہے ۔ اِسے صفحہ 189 پر

بیان کیا گیا ہے۔

قرنیہ کے بُروز

(PROTRUSIONS OF THE CORNEA)

یہ یا تو التہابی مبداء کے ہو سکتے ہیں جبکہ انکو عنبہ: staphyloma کہتے ہیں، یا غیر التہابی مبداء کے جبکہ انہیں مخروطی قرنیہ: keratoconus کہتے ہیں۔



شکل ۱۴۱۔ عنبۂ قرنیہ

(Stphyloma of the Cornea)

عنبۂ قرنیہ (Staphyloma of the Cornea) ۔ یہ سابقہ متورم قرنیہ کا بُروز (آگے کو نکلا ہوا حصہ) ہے (شکل ۱۴۱)، جو کم و بیش قرنیہ کی بافت، قزحیہ (iris)، اور ندبہ (cicatrix) سے بنتا ہے اکثر اس میں غالب حصہ قزحیہ کا ہوتا ہے۔ قرنیہ کے نرم ہو جانے اور متقرح اور مُنثقب ہونے کے بعد عنبہ پیدا ہو جاتا ہے۔ جب وہ سارے قرنیہ کے محلِ وقوع پر واقع ہو تو وہ کُلّی (total) ہے، اور جب اس رقبہ کے محض ایک حصہ پر واقع ہو تو جُزئی (partial) ہے۔ عنبہ کروی، یا مخروطی، یا لختہ دار ہو سکتا ہے وہ نیلگوں رقبوں کے ساتھ (جو اُن مقامات کو ظاہر کرتے ہیں. جہاں رنگ ہمین ندبہ کے اندر سے چھن کر دکھلائی دیتا ہے) سفیدی مائل

رنگ کا ہوتا ہے۔ وہ پورا سفید یا پورا نیلگوں ہو سکتا ہے۔ اکثر اُس کی سطح پر چند عروق دمویہ دیکھنے میں آتے ہیں۔ عنبہ مختلف جسامتوں کا ہوتا ہے وہ بعض حالتوں میں چھوٹا اور بعض میں اسقدر بڑا ہوتا ہے کہ پپوٹے بند نہیں ہو سکتے۔

علامات۔ اوپر بیان کئے ہوئے معروضی علامات کے علاوہ کُرۂ چشم میں، عنبہ (staphyloma) میں، اور پپوٹوں میں تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ دباؤ تقریباً ہمیشہ زیادہ ہو جاتا ہے، اور اِس زیادتی کا سبب اکثر تسدد یا انعدامِ حدقہ (obliteration of the pupil) ہوتا ہے۔ یہ حالت (تناؤ کی زیادتی) درد، اور اندرونِ چشم میں تغیرات [عصب بصری (optic nerve)، شبکیہ (retina)، اور مشیمیہ (choroid) کا ذبول] پیدا کر دیتی ہے، جن کی وجہ سے نابینائی ہوتی ہے۔ اسی حالت (تناؤ کی زیادتی) کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بُروز (اُبھار) کی جسامت میں زیادتی ہو جاتی ہے، اور اِسی کی وجہ سے صلبیہ کا عنبہ (staphyloma of the sclera) پیدا ہو جاتا ہے۔ میکانی خراش کی وجہ سے ملتحمہ التہاب کا مستقر (خاص محلِ وقوع) بن جاتا ہے۔ اُبھار کی چوٹی (قلۂ بروز) خشک اور متقرح ہو جاتی ہے، اور اکثر اوقات انشقاق واقع ہو جاتا ہے جس کے بعد فتحہ (سوراخ) بند ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ عمل متعدد بار واقع ہو، یہانتک کہ آنکھ ضائع ہو جائے اور ایک سکڑا ہوا ڈھیلا باقی رہ جائے۔

اِن ثانوی تغیرات کے واقع ہونے سے پہلے ہی معتدبہ بدشکلی (deformity) پیدا ہو جاتی ہے، اور بصارت بہت کم ہو جاتی ہے کُلّی عنبہ (total staphyloma) میں صرف ادراکِ نور (perception

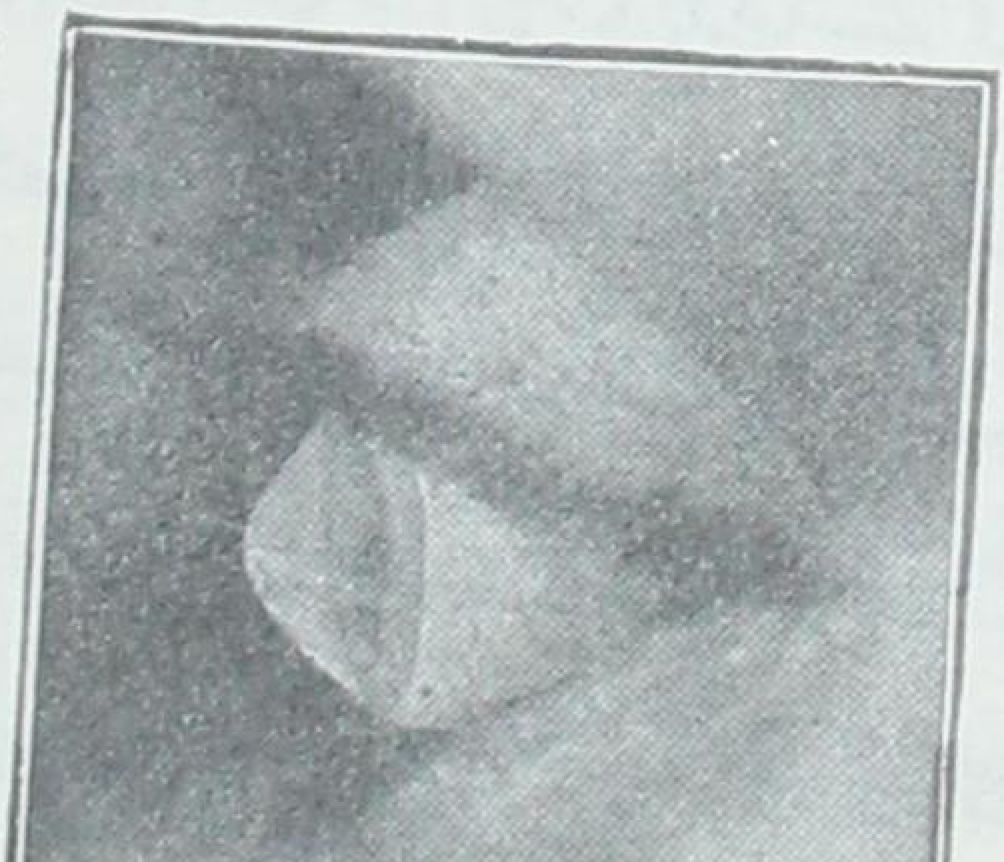
باقی رہتا ہے۔ جُزئی عنبہ میں مقدارِ بصارت کا انحصار (of light محفوظ رہے ہوئے قرنیہ کی حالت پر، پُتلی کے محلِ وقوع پر اور اِس امر پر ہوتا ہے کہ قرنیہ کے انحنا (curvature) میں کس حد تک تغیّر واقع ہوا ہے۔

علاج۔ (۱) جُزئی عنبہ (partial staphyloma) میں قزحیہ براری (iridectomy) کا عملیہ کرنا چاہیئے (صفحہ 228) جس کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ تناؤ کم ہو جائے، بُروز (اُبھار) چپٹا ہو جائے اور اُس میں زیادتی نہ ہونے پائے، اور عملیہ کے بعد (پُتلی) بصری اغراض کے لیئے کارآمد ہو۔ اِس عمل کے لیئے قزحیہ (iris) کا وہ حصہ منتخب کیا جاتا ہے، جو قرنیہ کے سب سے زیادہ صاف حصہ کے متناظر ہوتا ہے۔ اگر خزانۂ مقدم (anterior chamber) موجود نہو، اور قزحیہ (آئرِس) قرنیہ کی پچھلی سطح سے لگا ہوا ہو، تو یہ عملیہ ناممکن ہوتا ہے کیونکہ اِس حالت میں عدسہ (lens) کے مجروح ہو جانے کا خطرہ ہوتا ہے۔ ایسی صورتوں میں ہم عنبہ (اسٹیفلوما) کا ایک حصہ کاٹ کر نکال سکتے ہیں، جس کے بعد ٹانکوں کے ذریعہ (کٹے ہوئے کناروں کو) ملا دیا جاتا ہے، اور معتدبہ زمانہ تک ایک دابی پٹّی (pressure bandage) باندھی جاتی ہے۔

159

(۲) کُلّی عنبہ (total staphyloma) میں شگاف (incision) بُرید (abscission)، یا انقاف (enucleation) کے عملیہ سے کام لیا جاتا ہے۔ شگاف دینے کے بعد اگر عدسہ (lens) ابھی تک موجود ہے تو اُسے نکال دیا جاتا ہے۔ بُرید (abscission) کا یہ طریقہ ہے کہ

بُروز (اُبھار) کے نصف حصّہ کو چاقو سے کاٹ کر دوسرے نصف حصے کو چمٹے اور قینچی کے ذریعہ قرنیتی بافت کے اُس حلقہ سے جو اُس (بُروز) کا قاعدہ بناتا ہے، جُدا کر دیا جائے۔ اِس کے بعد عدسہ نکال لیا جاتا ہے۔ پھر قرنیتی خلا (قرنیہ کی خالی جگہ) کے کناروں کو ٹانکوں کے ذریعہ ملا دیا جاتا ہے، جنھیں قرنیہ کی بافت میں سے ہو کر، یا بہتر یہ ہے کہ ملتحمہ (conjunctiva) میں سے ہو کر (ملتحمہ کو حدِ قرنیہ : limbus کے گرداگرد پہلے ہی سے چھڑا کر آزاد کر لیا گیا ہے) گزارا جاتا ہے۔ عملیۂ انقاف (enucleation) یا اس کے قائم مقام عملیات میں سے کوئی ایک عملیہ بعض ایسی حالتوں میں اختیار کیا جاتا ہے جن میں عنبیہ بہت بڑا ہو، یا جن میں مختلف وجوہات کی بنا پر عملیۂ بُرید (abscission) خلاف مصلحت ہو۔



شکل ۱۴۲ - مخروطی قرنیہ (Keratoconus)

مخروطی قرنیہ (Keratoconus, or Conical Cornea)

- یہ قرنیہ کے مرکز کا ایک غیر التہابی مخروطی بُروز (اُبھار) ہے (شکل ۱۴۲)، جو قرنیہ کی تدریجی ذبولی پھانت (atrophic thinning) (پتلا ہو جانے) کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قرنیہ طبعی درونِ چشمی دباؤ (normal intraocular pressure) کی مقاومت نہیں کر سکتا۔ قرنیہ کی یہ حالت کثیر الوقوع نہیں، اور عموماً نوجوان عورتوں میں دیکھی جاتی ہے۔ جب یہ بہت

نمایاں ہو تو بہ آسانی نظر آجاتی ہے۔ لیکن کم نمو یافتہ حالت میں اس کی شناخت اُس حلقہ دار سایہ سے ہوتی ہے جو چشم بین کے ذریعہ فاصلے سے آنکھ کا امتحان کرنے پر پیدا ہوتا ہے، یا شبیہ کی شکل کے اُس ناشپاتی نما تغیّر سے جو قرص پلاسیڈو (Placido's disc) استعمال کرنے پر واقع ہوتا ہے، یا چشم بین سے قعرِ چشم (fundus) کی تصویر مسخ شدہ (توڑی مروڑی ہوئی) نظر آنے سے۔ یہ حالت کئی سال تک بڑھتے رہنے کا رجحان رکھتی ہے اور پھر ٹھہر جاتی ہے۔ جب یہ بہت نمایاں ہو تو اکثر مخروطی قرنیہ کے راس پر ایک خفیف سی عتمیت (opacity) پائی جاتی ہے۔ اُس میں تقرّح (ulceration) کبھی نہیں ہوتا۔ مخروطی قرنیہ قصر البصر (myopia) اور مبہم ماسکیت (astigmatism) پیدا کر دیتا ہے، اور بصارت میں خطرناک طور پر خلل انداز ہوتا ہے بالخصوص محیطی بصارت (peripheral vision) میں، عینکوں کے ذریعہ حتی الامکان بہترین درستی کر دینے کے بعد بھی۔ چنانچہ اِس حالت میں ۱۰ تا ۲۰ بصریہ (10 D. to 20 D.) کی قصر البصری مبہم ماسکیت (myopic astigmatism) کا پایا جانا کوئی غیر معمولی بات نہیں۔ علاج میں مقعر کروی اسطوانے (concave sphero-cylinders) دئے جاتے ہیں، اور بعض اوقات اِن سے بصارت میں بہت اصلاح ہو جاتی ہے۔ گاہے ایک ایسا قرص (ڈائل) جس میں ایک تنگ سوراخ یا جھری (stenopæic hole or slit) ہو، سب سے زیادہ تیزئ بصارت والے خطِ نصف النہار (meridian of greatest visual acuity) میں رکھ دینا مفید ہو سکتا ہے، لیکن یہ میدان بصارت کو بہت محدود

160

(تنگ) کر دیتا ہے۔

تماسی شیشے (Contact Glasses) کار آمد ہو سکتے ہیں۔ یہ اختراعات (devices) معمولی زائس (Zeiss) کی ساخت میں شیشے کے پتلے چھلکے ہوتے ہیں جو قرنیہ سے متصل صلبیہ پر بذریعہ امتصاص (suction) بٹھا دئے جاتے ہیں۔ اِن کے اور قرنیہ کے درمیان ایک چھوٹی سی فضا ہوتی ہے، جس میں طبعی مالح (normal saline) بھر دیا جاتا ہے۔ کسی انفرادی حالت کے لئے صحیح شیشہ کا بہ آسانی انتخاب کرنے کے لئے ضروری ہے کہ پہلے سرجن اِس کا کسی قدر تجربہ رکھتا ہو۔ اسی واسطے اکثر اوقات دو یا تین شیشے آزمائشی طور پر لگانے پڑتے ہیں۔ اِن شیشوں کی ایک دوسری قسم، جو موئیلر (Mueller) کی ساخت کی ہوتی ہے، سیپی کی شفاف مصنوعی آنکھ (transparent artificial shell eye) کی طرح ہوتی ہے اور صلبیہ کے پورے محاذ (سامنے کے حصے) پر چسپاں بیٹھ جاتی ہے۔ اِسے ہر مریض کے لئے وائنا (Vienna) میں خاص طور پر بنوانا پڑتا ہے۔ اِن دونوں قسموں کے تماسی شیشوں سے وہ انعطافی نقص (refractive error)، جو قرنیہ کی ناہمواری کیوجہ سے ہوتا ہے، مصنوعی قرنیہ کی موجودگی کے باعث دور ہو جاتا ہے۔ بہت سے مریض کسی قدر مشق کے بعد اِن شیشوں کو خود اپنے ہاتھ سے لگا سکتے ہیں، لیکن اِنھیں پہلی بار ٹھیک بٹھانے کے لئے خاص احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے، اور آنکھ کو بتدریج اِن کا عادی بنانا پڑتا ہے۔ اِنھیں ایک ہی وقت میں چند گھنٹوں سے زائد لگائے رکھنا دشوار ہوتا ہے۔ اِن کا خاص استعمال مخروطی قرنیہ کی حالتوں ہی کے لئے ہے،

لیکن بے قاعدہ مبہم ماسکیت (irregular astigmatism) کی کسی بھی حالت کے لئے جس میں عینکوں سے کافی طور پر فائدہ حاصل نہو یا اُسوقت جبکہ کسی تجمیلی (cosmetic) یا اور دوسرے سبب سے (مثلاً ایکٹرسوں کے لئے) عینکوں کا استعمال نامناسب سمجھا جائے، یہ کار آمد ہوسکتے ہیں۔ یہ بہت قیمتی (۵ پاؤنڈ تا ۶ پاؤنڈ) ہوتے ہیں اور عملاً ان کے استعمال کے موقعے نہایت محدود ہیں۔



شکل ۱۴۳۔ حراری مکوات مخروطی قرنیہ کے لئے (Thermo-Cautery for Conical -Cornea)

بار بار بزل (repeated paracentesis) اور اُس کے بعد طویل عرصہ تک ایک داب پٹی (pressure bandage)، تناؤ کم کرنیکے لئے پلوکارپین (pilocarpine) یا ایسیرین (eserine)، اور عملیۂ بُرید (abscission) یا مخروط کے راس کا تکویہ (cauterization) اِس غرض سے کہ بعد میں اندماب (cicatrization) واقع ہوکر مخروط چپٹا ہوجائے (جس کے بعد بصری قزحیہ برآری optical iridectomy: کا عملیہ تاکہ مریض بیاض القرنیہ: leucoma سے آگے دیکھ سکے)، اِن سب کو آزمایا گیا ہے اور اِن سے کسی قدر کامیابی ہوئی ہے۔

ورتھ کا طریقۂ تکویہ (Worth's method of cauterization) یہ ہے کہ قرنیہ کے راس اور محیط کے درمیان عین وسط میں حراری مکوات

(thermo-cautery) کے ذریعہ ایک درجہ دار (graduated) بیضوی یا ہلالی مغارہ (excavation) بنا دیا جائے، جس کی شکل اور وضع ایسی منضبط ہو کہ وہ انعطاف (refraction) کو صرف سب سے بڑے انحنا کے خطِ نصف النہار (meridian) میں کم کر دے۔ مابعد علاج کا اہم جزیہ ہے کہ تقریباً دس روز تک خزانہ سقدم کا روزانہ بزل (paracentesis) کیا جائے اور داب پٹیاں (pressure bandages) باندھی جائیں۔ اس میں قزحیہ برآری (iridectomy) کی ضرورت نہیں ہوتی۔

16I

بعض حالتوں میں مخروط کے راس میں سے قرنیہ کو گریفے چاقو کے ذریعہ انتصابی خطِ نصف النہار (vertical meridian) سے ۴۵ درجہ کے زاویہ پر تراش دینا، اور دو ہفتے بعد جبکہ یہ ندبہ مندمل ہو جائے، اس کے زاویۂ قائمہ پر ایک دوسرا اشگاف لگا دینا مفید ہوتا ہے، کیونکہ یہ دونوں ندبے (scars) سُکڑ جاتے ہیں۔

کُروی قرنیہ (Keratoglobus)، قرنیہ کی ایک کُروی کلانی ہے، جو عموماً پیدائشی گلاکوما (congenital glaucoma) کے مظاہر میں سے ایک مظہر ہوتی ہے، اگرچہ کبھی کبھی دوسرے حالات میں بھی پائی جاتی ہے۔ اس کا بیان پیدائشی گلاکوما کے عنوان کے تحت صفحہ 235 پر درج ہے۔

عتمات قرنیہ

(Opacities of the Cornea)

یہ اصطلاح قرنیہ کی شفافی کی کمی کو ظاہر کرتی ہے، جو التہاب

تقرح (ulceration)، یا تضرر (چوٹ) کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے۔ قرنیہ کی اِس عتمیت کو، اِس کی کثافت (density) کے اعتبار سے مختلف ناموں سے یاد کیا جاتا ہے: سحاب القرنیہ (nebula)، اُس وقت کہتے ہیں جبکہ وہ نہایت ہلکی (خفیف) اور ابر جیسی ہو (شکل ۱۴۴)۔ ایسی حالت میں جبتک کہ تنویرِ مؤرب (oblique illumination) کے ذریعہ امتحان نہ کیا جائے وہ اکثر نظر انداز ہو جاتی ہے۔ لُطخہ (macula)، اُس وقت جبکہ وہ زیادہ نمایاں ہو اور دن کی روشنی میں



عتماتِ قرنیہ (Opacities of the Cornea)۔

شکل ۱۴۴۔ سحاب القرنیہ (Nebula)	شکل ۱۴۵۔ لُطخہ (Macula)	شکل ۱۴۶۔ بیاض القرنیہ (Leucoma)

دیکھنے سے ایک بھورے دھبّے کی طرح محسوس ہو (شکل ۱۴۵)۔ بیاض القرنیہ (بیاضہ) (leucoma)، اُس وقت جبکہ وہ کثیف (گھنی) اور سفید ہو (شکل ۱۴۶)۔ جب قزحیہ (iris) ندبی بافت سے چسپیدہ ہو تو اِس حالت کو ملتصق بیاض القرنیہ (adherent leucoma) کہتے ہیں (شکل ۱۳۴، صفحہ ۱۱)۔

جب قرنیہ کے عتمات حدقی رقبہ کو مبتلا کرتے یا اس میں مداخلت کرتے ہیں تو وہ کامل بصارت میں حائل ہوتے ہیں، جس کے درجہ کا انحصار عتمات کی کثافت پر ہوتا ہے۔ خفیف عتمات بھی بصارت میں معتدبہ خلل پیدا کر دیتے ہیں، کیونکہ اُن کی وجہ سے انتشارِ نور (diffusion of light) ہوتا ہے۔ زیادہ کثیف عتمات بدشکلی پیدا کر دیتے ہیں۔

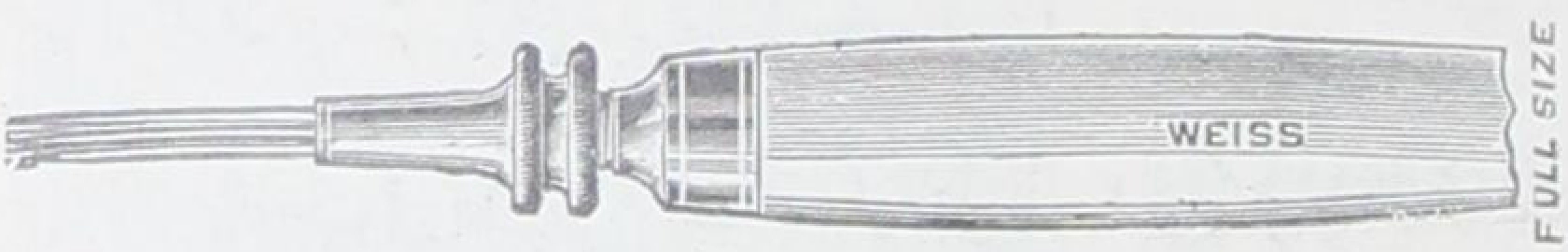
علاج - قرنیہ کے عتمات کی کثافت (ٹھوس پن) کو کم کرنے کے لیے اور اگر وہ خفیف ہوں تو اُن کو دور کرنے کے لیے، مختلف تدبیریں استعمال کی جاتی ہیں۔ ایسے علاج صرف اُسی وقت مفید ہوتے ہیں جبکہ عتمیت تازہ ہو۔ یہ بچوں میں نہایت کارگر ثابت ہوتے ہیں، اور اُس وقت جبکہ یہ تغیر (عتمیت) محض سطحی (اوپری) ہو۔ عموماً یلو آکسائڈ آف مرکیوری (yellow oxide of mercury) کا مرہم ملتحمی تاجیہ میں رکھ کر ازاں بعد چند منٹ تک قرنیہ کی مالش کر دی جاتی ہے، اور پھر گرم رفادات (hot compresses) لگائے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ڈایونین (dionin) بھی مفید ہو۔

جب اِس قسم کی تدبیریں ناکام ثابت ہوں اور بیاضِ قرنیہ (leucoma) حدقی رقبہ کو کامل طور پر مسدود کر رہا ہو تو مصنوعی حدقہ (artificial pupil) بنانے کے لیے قزحیہ برآری (iridectomy) کا عملیہ کیا جا سکتا ہے، جس میں شقاق (coloboma) قرنیہ کے ایک صاف حصہ کے مقابل بنایا جاتا ہے۔

بچوں کی آنکھ میں مصنوعی حدقہ بنانے کے لیے عجلت نہیں کرنی چاہیے، بالخصوص جبکہ عتمیت رخنگی التہابِ قرنیہ (interstitial keratitis)

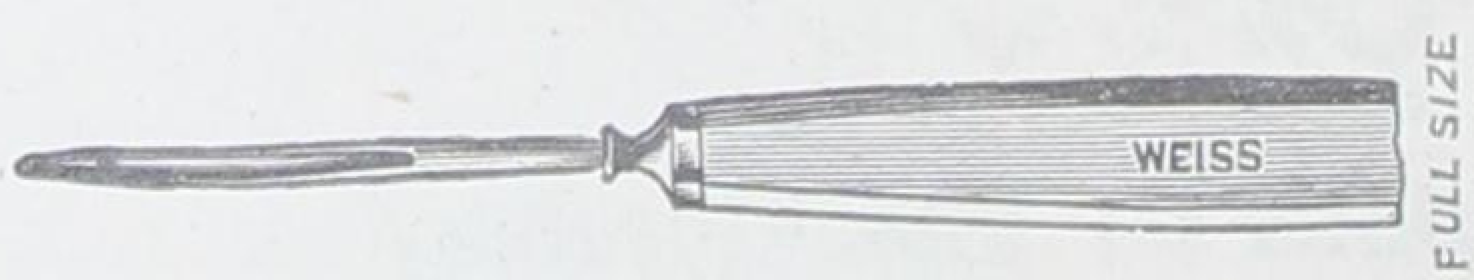
کا نتیجہ ہو۔ کبھی کبھی ایسا مریض دیکھنے میں آتا ہے جس کے قرنیہ میں محض نہایت خفیف سی عتمیت (opacity) موجود پائی جاتی ہے، لیکن جس پر سالہا سال پہلے (جبکہ قیاس ہے کہ وہ عتمیت بالکل کثیف تھی) بصری قزحیہ برآری (optical iridectomy) کا عملیہ کیا گیا تھا۔

بیاض القرنیہ (leucoma) کے مریضوں میں بدشکلی کو دور کرنیکے لئے اکثر اوقات توشیم (tattooing) اور "تلوین" ("colouring") کا عمل اختیار کیا جاتا ہے۔ آنکھ کو بے حس کرکے بیاضِ قرنیہ پر



شکل ۱۴۷۔ متعدد توشیمی سوئیاں

(Multiple Tattooing-Needles)



شکل ۱۴۸۔ میزاب دار توشیمی سوزن

(Grooved Tattooing Needle)

اِنڈیا اِنک (سیاہی) کے گاڑھے ضماد کی ایک تہ پھیلادی جاتی ہے، پھر یا تو ایک ایسے آلہ کے ذریعہ جو گول سوئیوں کی ایک قطار یا ایک بنڈل پر مشتمل ہو (شکل ۱۴۷)، یا ایک میزاب دار سوئی (grooved needle) (شکل ۱۴۸) سے، اِس تلوین مادّہ (pigment) (رنگ) کو جرمِ قرنیہ کے اندر ترچھے رُخ میں داخل کردیا جاتا ہے۔ یہ رنگ چند سال کے عرصہ میں پھیکا پڑ جاتا ہے، اور پھر یہی عمل مکرر کیا جاسکتا ہے۔ اگر عتمیت حدقی رقبہ کے صرف ایک حصہ کو ڈھانک رہی ہے تو ایسی صورت میں عملِ توشیم (tattooing) اُس انتشارِ نور (diffusion of light) کو روکنے

کے لئے کارآمد ہوتا ہے جس سے مریض نہایت دق آجاتا ہے۔ جب کسی رقبہ کی "تلوین" ('colouring') کرنا ہو تو اُس کے سطحی سرحلمہ کو کھرچ کر نرم روئی پر ۴ فیصدی گولڈ کلورائڈ کا معادل محلول (neutral 4 per cent. solution of gold chloride) آزادانہ لگا کر چار منٹ تک رکھا رہنے دیا جائے، پھر اُسے دھوڈالیں۔ ایسا کرنے سے ایک نہایت سیاہ بھورا دھبہ باقی رہ جاتا ہے۔

جب آنکھ میں کچھ بھی خراش پذیری (irritability) ہو تو یہ عملیات ممنوع اور ناجائز ہیں، اور یوں بھی یہ کسی وقت خطرہ سے خالی نہیں۔

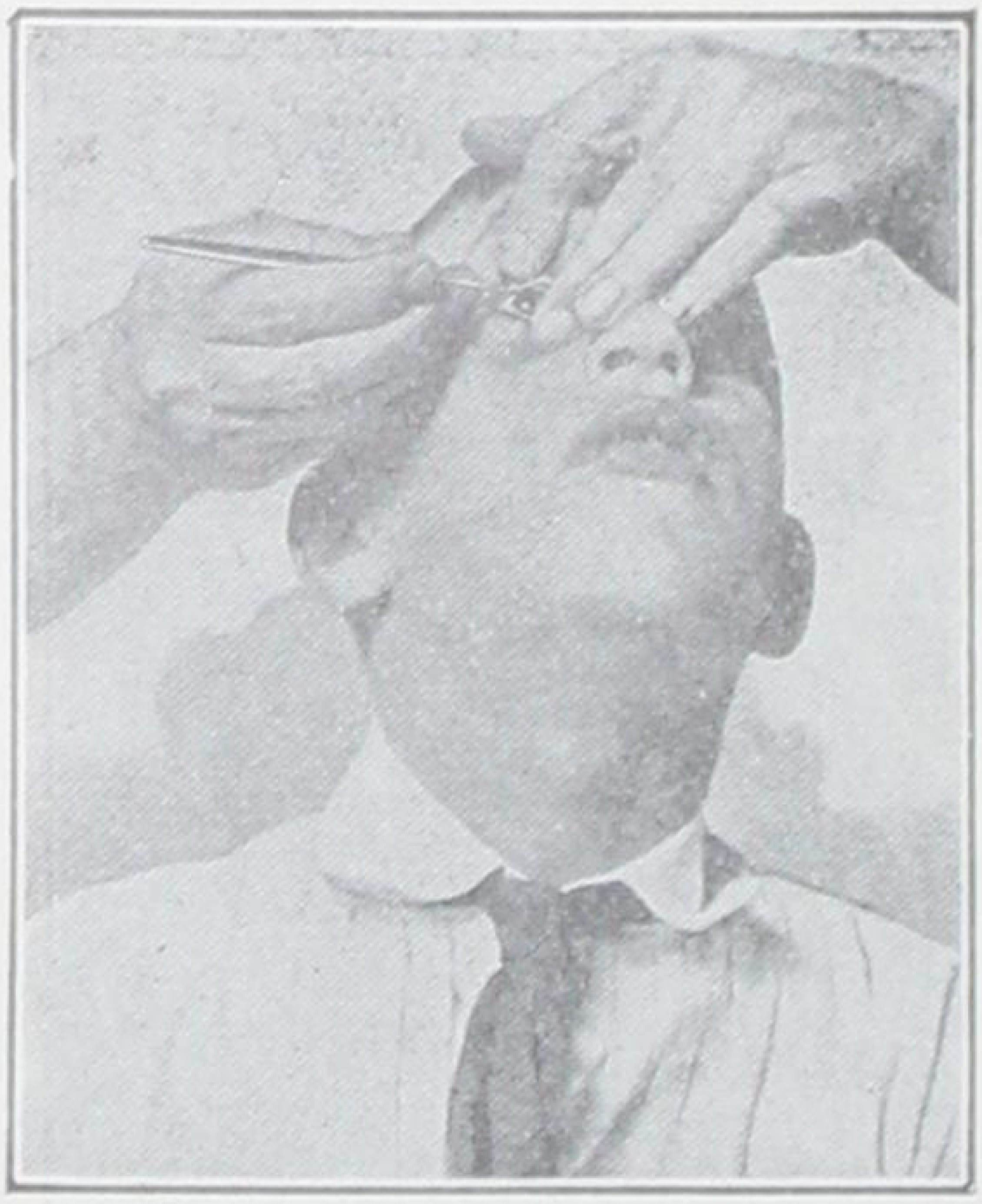
قرنیہ کی چوٹیں

(Injuries of the Cornea)

یہ اجسامِ غریبہ (foreign bodies)، حرقات (burns) اور زخموں پر مشتمل ہوتے ہیں۔

اجسامِ غریبہ (جو لوہے، کوئلے، راکھ، گردوغبار، وغیرہ پر مشتمل ہوتے ہیں) اکثر قرنیہ سے چپک جاتے ہیں یا اُس میں دھس کر اندر جم جاتے ہیں، اور بہت درد، تدمع (اشک ریزی)، اور نورترسی (photophobia) پیدا کردیتے ہیں۔ جب جسمِ غریب چھوٹا ہو تو ممکن ہے کہ تنویرِ مُورب (oblique illumination) کام میں لائے بغیر اُس کا پتہ چلانا مشکل ہو۔ جسمِ غریب جس حد تک مضرت رساں ہوسکتا ہے اُس کا انحصار اُس گہرائی پر ہوتا ہے جہاں تک وہ اندر داخل ہوا ہے، اور اِس امر پر کہ آیا وہ سرایت زدہ (infected) ہے یا نہیں؟ اگر وہ

کئی دن تک بدستور موجود رہے تو اُسکے گرد دروریزش (infiltration) کا ایک حصاری رقبہ نمودار ہوتا ہے، جس میں بالآخر ایک چھوٹا قرحہ (ulcer) پیدا ہو جاتا ہے، اور اِس طریقہ سے ممکن ہے کہ وہ جسمِ غریب اپنی جگہ سے نکل جائے۔ اور اگر وہ لوہے یا فولاد کا بنا ہوا ہے تو یہ حلقۂ زنگ کی وجہ سے رنگین ہو جاتا ہے۔ اکثر قرنیہ کے قروح کا باعث اجسامِ غریبہ ہوتے ہیں۔



شکل ۱۴۹ - قرنیہ سے جسمِ غریب کے نکالنے کا طریقہ جس میں سرجن مریض کے پیچھے کھڑا رہتا ہے۔

جسمِ غریب کو نکالنے کا طریقہ۔ آنکھ کو کوکین کے ذریعہ بے حس کر کے مریض کو خوب روشنی کی طرف منہ کر کے بٹھا دیا جاتا ہے، اور سرجن مریض کے پیچھے اُس کے سر کو سہارا دیئے ہوئے کھڑا رہتا ہے۔ پپوٹوں کو ایک دوسرے سے دُور ہٹا کر آنکھ کے ڈھیلے کو بائیں ہاتھ کی اُنگلیوں سے تھاما ہوا (بے حرکت) رکھا جاتا ہے۔ انگشتِ شہادت اوپر کے پپوٹے کے حاشیہ اور بیچ کی اُنگلی نیچے کے پپوٹے پر رکھکر دونوں اُنگلیوں کو جدا کیا جائے، اور ساتھ ہی پیچھے کی طرف بھی دباتے جائیں (شکل ۱۴۹)۔ اگر مریض کو کسی ایسی کرسی پر بٹھا دیا جائے جس میں ایک مناسب سر تکیہ (head-rest) لگا ہوا ہو تو سرجن اُس کے سامنے اور بائیں جانب

کھڑا رہ سکتا ہے - ایسی صورت میں پپوٹوں کو جدا کرنے میں انگشتِ شہادت نیچے کے پپوٹے پر اور بیچ کی اُنگلی اوپر کے پپوٹے پر رکھی جاتی ہے (شکل ۱۵۰) کُند فاسچہ (blunt spud)، جوفدار چھینی (مجوب : gouge)، اور سوزن برائے جسمِ غریب (foreign-body needle)، وہ آلات ہیں جو کام میں لائے جاتے ہیں - استعمال سے پہلے انہیں عقیم (sterilized) کر لینا چاہئے - جب جسمِ غریب سطحی ہو تو اُس کے لئے کُند فاسچہ اچھا کام دیتا ہے (شکل ۱۵۱) - اگر فاسچہ کے بھرے پر تھوڑی نرم روئی لپیٹ دی جائے تو اُس سے اکثر جسمِ غریب بہ آسانی نکالا جا سکتا ہے - اگر جسمِ غریب جرمِ قرنیہ کے اندر داخل ہو گیا ہے تو اُسے سوئی (شکل ۱۵۳) کی نوک سے اُٹھا کر یا کُرید کُرید کر باہر نکالنا چاہئے - جوفدار چھینی (مجوب) (شکل ۱۵۲) آج کل شاذ ہی استعمال کی جاتی ہے ایسی حالتوں میں اس آلہ کو اجنبی



شکل ۱۵۰ - قرنیہ سے جسمِ غریب کے نکالنے کا طریقہ، جس میں سرجن مریض کے سامنے اور بائیں طرف کھڑا رہتا ہے -

جسمِ غریب کے پیچھے داخل کیا جاتا ہے - جو زخم پیدا ہو جاتا ہے اُسے بورک ایسڈ کے محلول سے بار بار نطول کر کے صاف رکھنا چاہئے - اکثر ایک حفاظتی بندش (protective bandage) باندھ دینا مناسب ہے - اگر زنگ کا حلقہ موجود ہو تو اُسے بھی نکال دینا چاہئے - اِس امر کی احتیاط

رکھنی چاہئے کہ چوٹ (تضرر) حتی الامکان کم لگے، اور جب جسمِ غریب بہت گہرا بیٹھا ہوا ہو تو قرنیہ میں انثقاب (آرپار سوراخ) نہ ہونے پائے۔ اگر جسمِ غریب خزانۂ مقدم میں داخل ہو رہا ہے تو پہلے ایک قرنیہ تراش (keratome) (شکل ۱۷۰) کو قرنیہ کے آرپار اور جسمِ غریب کے پیچھے داخل کیا جائے، تاکہ نکالنے کی کوشش کے دوران میں وہ جسمِ غریب اس فضا (خزانۂ مقدم) کے اندر نہ دھکیلا جائے۔

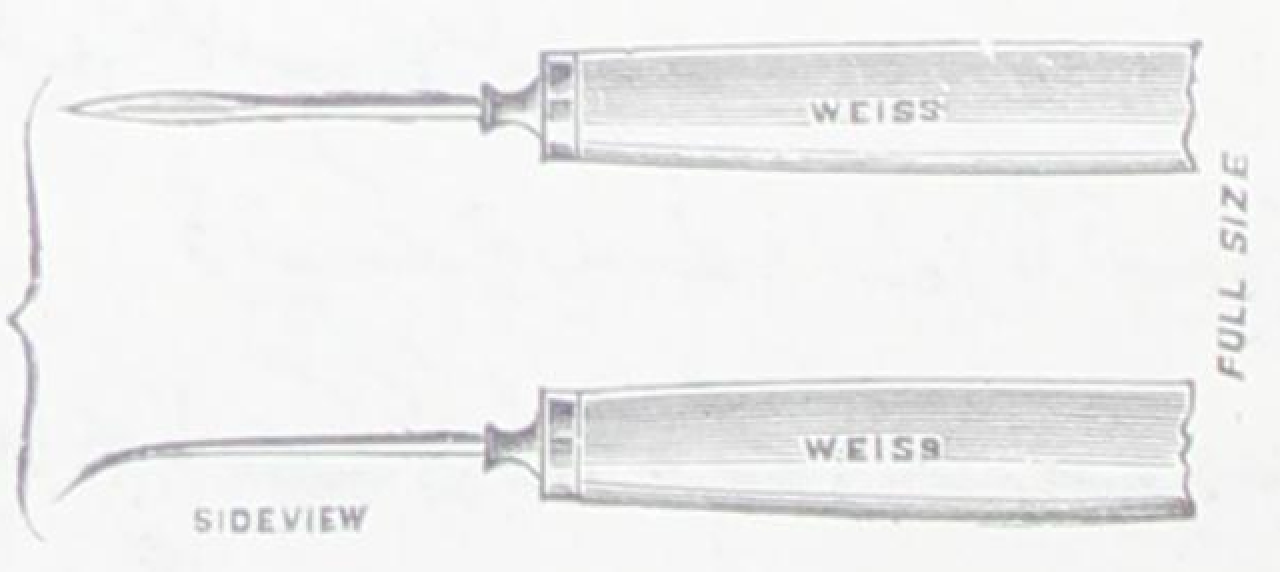


شکل ۱۵۱ - جسمِ غریب کو نکالنے کا فاسحیہ
(Foreign-Body Spud)



شکل ۱۵۲ - جسمِ غریب کو نکالنے کے لئے جوف دار چھینی
(Foreign-Body Gouge)

165



شکل ۱۵۳ - جسمِ غریب کو نکالنے کی سوئیاں
(Foreign-Body Needles)

حرقاتِ قرنیہ (Burns of the cornea) کا علاج ملتحمہ کے حرقات کے علاج کی طرح کیا جاتا ہے۔

زخم غیر ثاقب (non- penetrating) یا ثاقب (penetrating) ہو سکتے ہیں۔ غیر ثاقب زخم علی العموم خراشیدگی (abrasion) کے قسم کے ہوتے ہیں، جو انگلی کے ناخن، درخت کی ڈالی، یا کسی ایسی ہی چیز کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ ایسے تضررات (گو وہ نہایت دردناک ہوتے ہیں) تاوقتیکہ سرایت زدہ نہ ہوں بہت جلد مندمل ہو جاتے ہیں۔ انھیں لوبرک آئیڈ

کے محلول سے بار بار تطول کر کے صاف رکھنا چاہیئے۔ پٹی باندھنے کی اور کبھی ایٹروپین (atropine) کی بھی ضرورت ہوسکتی ہے۔

ثاقب زخم (perforating wounds) زیادہ خطرناک ہوتے ہیں، کیونکہ ان میں قزحیہ (iris) کے سقوط یا خروج (prolapse) کا خطرہ اور زیادہ گہرے حصوں کے زخمی ہونے کا اندیشہ رہتا ہے۔ ان کا علاج کامل صفائی ہے، اور ان کے مرکزی یا محیطی ہونے کے لحاظ سے ایٹروپین (atropine) یا ایسیرین (eserine)، اور ایک ضاغط عصابہ (pressure-bandage) (داب پٹی) سے کیا جاتا ہے۔ اگر یہ وسیع اور بیقاعدہ ہوں، اور ان کے متعلق قیاس ہو کہ یہ سرایت زدہ نہیں ہیں، تو ملتحمہ میں دو خمیدہ ہم مرکز شگاف دیکر زخم پر ایک جھلّی کا پل پھسلا دینا مفید مطلب ہوسکتا ہے۔

قرنیہ کے چھیدنے والے (ثاقب) زخموں کی صورت میں یہ سوال پیدا ہوتا ہے کہ کُرہ چشم کے اندر جسم غریب (foreign body) تو داخل نہیں ہو گیا ہے؟ ایسی صورت میں لاشعاعی امتحان (X-ray examination) کی اور جب یہ امکان ہو کہ لوہے یا فولاد کے ریزے داخل ہو گئے ہیں تو مقناطیس کلاں (giant magnet) کے استعمال کی ضرورت ہوتی ہے۔

166

باب دہم

امراضِ صلبیہ

(DISEASES OF THE SCLERA)

تشریح - طبقۂ صلبیہ وہ پردہ ہے جو قرنیہ کے ساتھ ملکر کرۂ چشم کی بیرونی ریشہ دار تہہ بناتا ہے - وہ مضبوط، غیر شفاف، اور بے لچک ہوتا ہے، اور کرۂ چشم کی کروی شکل کو قائم رکھتا ہے، اُس کی دبازت تقریباً ایک ملی میٹر ہوتی ہے، مگر مختلف مقاموں میں کسی قدر مختلف ہوتی ہے - اُس کی ساخت قرنیہ کی ساخت سے مشابہ ہے، یعنے وہ اتصالی بافت کے بنڈلوں سے مرکب ہے، جس کے ساتھ کچھ لچکدار ریشے بھی ہوتے ہیں - یہ بنڈل طولی اور عرضی دونوں قسم کی تہوں میں مرتب ہوتے ہیں - یہ لازق مادّے (cement substances) کے ذریعہ جڑی ہوئی ہوتی ہیں، جس میں خلوی فضائیں ہوتی ہیں، جن میں اتصالی بافت کے جُسیمات (connective-tissue corpuscles) قیام رکھتے ہیں - لیکن صلبیہ میں یہ اجزا قرنیہ کی نسبت بہت کم باقاعدگی کے ساتھ مرتب ہوتے ہیں - بچوں میں صلبیہ اکثر نیلگوں سفید رنگ کا ہوتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ وہ نسبتہً زیادہ پتلا ہوتا ہے اور مشیمیہ (choroid) کا سیاہ رنگ اُس کے اندر سے

چھن کر نظر آتا ہے۔ صلبیہ آنکھ کے پچھلے قطب سے تقریباً ۵۔۲ ملی میٹر اندر کی طرف عصب بصری (optic nerve) سے چھدا ہوا ہوتا ہے۔ یہاں صلبیہ عصب بصری کی خارجی لیفی پوشش کے ساتھ مل کر ایک جان (blended) ہوجاتا ہے۔ وہ حصہ جس میں سے یہ عصب گذرتا ہے ورقۂ غربالی (lamina cribrosa) کے نام سے موسوم ہے۔

صلبیہ کی بیرونی سطح سفید اور چکنی، اور غلافِ ٹینان (Tenon's capsule) اور ملتحمہ (conjunctiva) سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، جن کے ساتھ وہ ڈھیلی اتصالی بافت (برصلبیتی :episcleral) کے ذریعہ اندر سے چپکی ہوئی ہوتی ہے۔ سامنے وہ کرۂ چشم کے بیرونی عضلات (extrinsic muscles) کے نہائی اندغامات (insertions) پیش کرتا ہے۔ اس کی اندرونی سطح، جو بھوری اور کھردری (ورقۂ قاتم :lamina fusca) ہے، ملوّن اتصالی بافت کے ریشوں کے ذریعہ مشیمیہ سے جڑی ہوئی اور درحلمہ سے استر کی ہوئی ہے اور فوق المشیمیہ لمفی فضا (supra-choroidal lymph-space) کی بیرونی دیوار بناتی ہے۔ جہاں صلبیہ عروق اور اعصاب سے چھدا ہوا ہے، وہاں غلافِ ٹینان اور فوق المشیمیہ (supra-choroidea) کے درمیان ایک ارتباط قائم ہوگیا ہے۔ باوجود اس کے کہ صلبیہ پر سے بہت سے عروقِ دمویہ گذرتے ہیں، خود اس کی عروقی رسد بہت کم ہے۔ البتہ برصلبیتی بافت (episcleral tissue) میں بہت سے عروق ہوتے ہیں۔

امراضِ صلبیہ میں سطحی التہاب (برصلبیتی التہاب :episcleritis)، عمیق التہاب (التہابِ صلبیہ :scleritis)، عنبہ (staphyloma) اور تفززات (چوٹیں) شامل ہیں۔

التہاب صلبیہ (scleritis) یا تو سطحی ہو سکتا ہے یا عمیق۔ سطحی التہاب، جسے بَر صُلبیتی التہاب (episcleritis) کہتے ہیں، صلبیہ سے اوپر کی بافتوں میں محدود ہوتا ہے اور نسبتہً بے ضرر ہوتا ہے۔ عمیق التہاب، جسے صُلبیتی التہاب (اِسکلیرائٹس) کہتے ہیں، خود صُلبیہ کو ماؤف کرتا ہے، اور صلبیہ کے ماتحت اور متماس (contiguous) حصوں میں پھیلکر خطرناک نتائج پیدا کردیتا ہے۔ اِن دونوں قسموں کے درمیان اکثر کوئی واضح خطِ فاصل نہیں پایا جاتا۔

بَر صُلبیتی التہاب

(EPISCLERITIS)

بَر صُلبیتی بافت کا التہاب، جس میں صلبیہ کی سطحی تہیں ماؤف ہو جاتی ہیں، ایسا عارضہ ہے جو شاذ نہیں۔

علامات۔ کسی قدر تکلیف، تدمّع (lacrymation)، خفیف درد اور نور ترسی (photophobia) پائی جاتی ہے۔ گاہے یہ علامات زیادہ نمایاں ہوتی ہیں۔ قرنیہ سے متصل یا حدِّ قرنیہ (limbus) سے تھوڑے ہی فاصلہ پر، عموماً صدغی جانب، ارغوانی مائل رنگ کی ایک چپٹی یا کسی قدر اُبھری ہوئی التہابی چکتی (شکل ۱۲۲، صفحہ ۱۰) دکھائی دیتی ہے۔ اس میں تقیح (suppuration) یا تقرح (ulceration) کا رجحان نہیں ہوتا ہے۔ چند ہفتوں کے بعد یہ ارغوانی دھبہ غائب ہو جاتا ہے، لیکن اس کے بجائے دوسرے دھبے پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ اِسطرح ممکن ہے کہ یہ عمل قرنیہ کو گھیر لے۔ اس رجحانِ نکس (relapse) کی وجہ سے

ممکن ہے کہ یہ مرض مہینوں جاری رہے۔ بعض اوقات صُلبیہ کی کچھ بدرنگی باقی رہ جاتی ہے، لیکن بصارت میں کسی طرح کا خلل نہیں ہوتا۔ کبھی کبھی قرنیہ کا قریبی حصہ بھی مبتلا ہوجاتا ہے۔ یہ مرض نفیطی التہاب ملتحمہ (phlyctenular conjunctivitis) کے ایک نمایاں اصابہ سے مشابہ ہوسکتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ بتدریج صُلبیتی التہاب (اسکلیرائٹس) بن جائے۔

اسباب ۔ یہ مرض عموماً بالغوں میں، اور خاصکر عورتوں میں، دیکھا جاتا ہے۔ اکثر یہ رثیتی ('rheumatic') اور نقرسی (gouty) افراد میں پایا جاتا ہے۔ آتشک، تدرّن (tuberculosis)، اور فتوراتِ حیض اسکے اسبابِ معِدّہ (predisposing factors) ہیں۔

علاج مُسکّن (sedative) قسم کا ہونا چاہیئے: گرم تکمیدات (warm fomentations)۔ اگر نورترسی نمایاں ہے تو دھنیلی عینک (smoked coquilles)۔ اگر قرنیہ ماؤف ہوگیا ہے تو ایٹروپین (atropine)۔ ایک فی دس ہزار طاقت کے ایڈرینالین میں ہالوکین (1 per cent. solution of holocain in 1: 10,000 adrenalin) کے ایک فیصدی محلول کے قطرے ٹپکانے سے تکلیف میں تخفیف ہوگی۔ پانچ ہزار میں ایک حصہ طاقت کے بائی کلورائڈ آف مرکیوری (bichloride of mercury, 1 :5,000) کے زیر ملتحمی انشرابات (subconjunctival injections) کی سفارش کی گئی ہے، لیکن طبعی محلول نمک (normal salt solution) کے انشرابات بھی اُسی قدر کارگر اور نسبتۃً کم تکلیف دہ معلوم ہوتے ہیں۔ سلو آکسائڈ

آف مرکیوری کا مرہم لگا کر ہلکی مالش کر دی جائے تو اُس سے اکثر فائدہ ہوتا ہے، خاص کر اُس وقت جبکہ مرض مزمن ہو جانے کا رجحان رکھتا ہو۔ مزمن حالتوں میں ممکن ہے کہ ڈایونین (dionin) مفید ثابت ہو۔

168

جب وجع المفاصل (رثیۃ۔ روماتزم) کی سرگذشت موجود ہو تو سوڈیم سیلی سیلیٹ (sodium salicylate) یا ایسپرین (aspirin) بڑی مقداروں میں (۱۰ تا ۱۵ گرین ہر دوسرے گھنٹے) دینا چاہیئے۔ بعض حالتوں میں تشخیصی ٹیوبرکیولینی امتحان (diagnostic tuberculin test) (صفحہ 473) سے ماسکی یا عمومی تعامل (focal or general reaction) ظاہر ہونے کے بعد، ٹیوبرکیولین (tuberculin) کے اثرابات دینا داعیۂ علاج ہے۔ دوسری بنیئی خرابیوں (constitutional disorders) کے لئے بھی ادویہ تجویز کرنا چاہیئے۔ پٹاسیم آیوڈائڈ تجویز کیا جاسکتا ہے، نیز پلوکارپین (pilocarpine) کے تحت الجلدی اثرابات۔ مزمن حالتوں میں ایسیرین (eserine) اکثر مفید ہوتی ہے۔

عارضی نوبتی برصلبیتی التہاب (Transient Periodic Episcleritis)

برصلبیتی التہاب کی ایک قسم ہے۔ یہ ناگہانی حملوں کے ساتھ ظاہر ہو کر کئی دن تک جاری رہتا ہے، اور کئی ہفتوں یا مہینوں کے وقفوں کے بعد دوبارہ ظاہر ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ اِس کا عود سالہا سال کے لئے ہو۔ یہ مرض نقرسی اور وجع المفاصلی (روماتزمی) بالغوں میں دیکھنے میں آتا ہے۔ علاج وہی ہے جسکی سفارش برصلبیتی التہاب (ایپی اسکلیرائٹس) کے لئے کی گئی ہے۔

التہاب صُلبیہ

(Scleritis)

یہ صُلبیہ کا ایک قلیل الوقوع التہاب ہے، جس میں علامات حادّ
مگر مرض طویل، اور نتائج خطرناک ہوتے ہیں۔ اِس مرض میں صُلبیہ کی
پوری دبازت ماؤف ہوجاتی ہے، اور نرم ہونے کے بعد اُس میں پتلا
اور عنبی (staphylomatous) بنجانے کا رجحان ہوجاتا ہے۔ دونوں
آنکھیں اکثر مبتلا ہوتی ہیں، اور نکس (relapse) بہت عام ہے۔

علامات ۔ درد، جو عموماً شدید ہوتا ہے اور اکثر متصلہ خطوں
میں منتشر ہوتا ہے، ہدبی خطہ پر ایلیمیت (tenderness)، تدمیع
(اشک ریزی)، اور نور ترسی۔ کرۂ چشم کا تناؤ اکثر زیادہ ہوجاتا ہے۔
ثانوی گلاکوما (زرق الماء) اکثر پیدا ہوجاتا ہے۔
قرنیہ سے متصل نمایاں سیاہی مائل (dusky) یا بنفشئی چکتیاں
پائی جاتی ہیں، یہ اکثر اوقات خطِ استوا (equator) تک پھیلتی ہیں اور
اکثر حدِّ قرنیہ (limbus) کو گھیر لیتی ہیں۔

پیچیدگیاں ۔ قرنیہ بھی اکثر ماؤف ہوجاتا ہے اور تصلّب پذیر
التہاب صُلبیہ (sclerosing keratitis) (صفحہ 156) پیدا
ہوجاتا ہے۔ اکثر اِس التہاب کا نتیجہ ثانوی زرق الماء (secondary
glaucoma) بھی ہوتا ہے۔ اِس کے ساتھ التہابِ قزحیہ (iritis)،
التہاب جسمِ ہدبی (cyclitis)، التہابِ مشیمیہ (choroiditis)،
زجاجیہ کے عتمات (opacities of the vitreous)، اور ثانوی

گلاکوما کا موجود ہونا شاذ نہیں۔ جب ایسی پیچیدگیاں ایک ساتھ مجتمع ہوجائیں تو اِس حالت کو مقدم التہاب عنبیہ (anterior uveitis) کہتے ہیں۔ اِن تغیرات کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اکثر بصارت میں خطرناک طور پر خلل واقع ہوجاتا ہے، اور بعض اوقات بینائی جاتی رہتی ہے۔ صلبیہ کے پتلے ہوجانے کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ کُرہ چشم کے اگلے حصّے کا عنبہ (staphyloma) پیدا ہوجاتا ہے، جو بنفشی رنگ کا ہوتا ہے اور قصر البصر (myopia) پیدا کردیتا ہے۔

بحث اسباب - یہ مرض بالغوں میں اور بالخصوص عورتوں میں نہایت عام ہے۔ تدرن (tuberculosis) آتشک، عوارضِ حیض، ماسکی سرایتیں (focal infections)، اور بعض اوقات نقرس اِس کے اسبابِ مُعدّہ (predisposing causes) ہیں۔ سردی کا تکشّف بعض اوقات سببِ مُحرّک ہوتا ہے۔

169

امراضیات - صلبیہ کے درمیانی طبقے اُذیمائی ہوجاتے ہیں، اور لِمفی خلیوں، کثیر الاشکال نواتی خلیوں اور سرخ خلیوں کی درریزش ہوتی ہے۔ متورّم وُریقے (lamellæ) پارہ پارہ ہوکر تنخّری (necrotic) ہوجاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ اُن کی جگہ لیفی بافت (fibrous tissue) لے لے۔ درریزش قرنیہ اور عنبیتی خطّے (uveal tract) کے اندر تک پھیل جاتی ہے۔ کچھ عرصہ بعد صلبیہ پتلا ہوجاتا ہے۔

علاج اُنھیں تدابیر پر مشتمل ہے جن کی برصلبیتی التہاب (episcleritis) میں سفارش کی گئی ہے، اور اُنھیں سرگرمی کے ساتھ

کام میں لانا چاہئے - اس کے علاوہ اُن التہاب قرنیہ (keratitis) اور التہاب عنبیہ (uveitis) کے لئے جو اس مرض کے ساتھ پیچیدگی کے طور پر پیدا ہو گئے ہوں، مناسب علاج ضروری ہے بعض حالتوں میں ٹیوبرکیولین کے اشرابات (tuberculin injections) کارگر ہوتے ہیں - حاد علامات میں تخفیف ہو جانے کے بعد، بعض اوقات گلاکومائی تناؤ کو کم کرنے، یا عنبہ کو گھٹانے، یا مصنوعی پتلی قائم کرنے کیلئے قزحیہ برآری (iridectomy) کا عملیہ اختیار کرنا مناسب ہے -

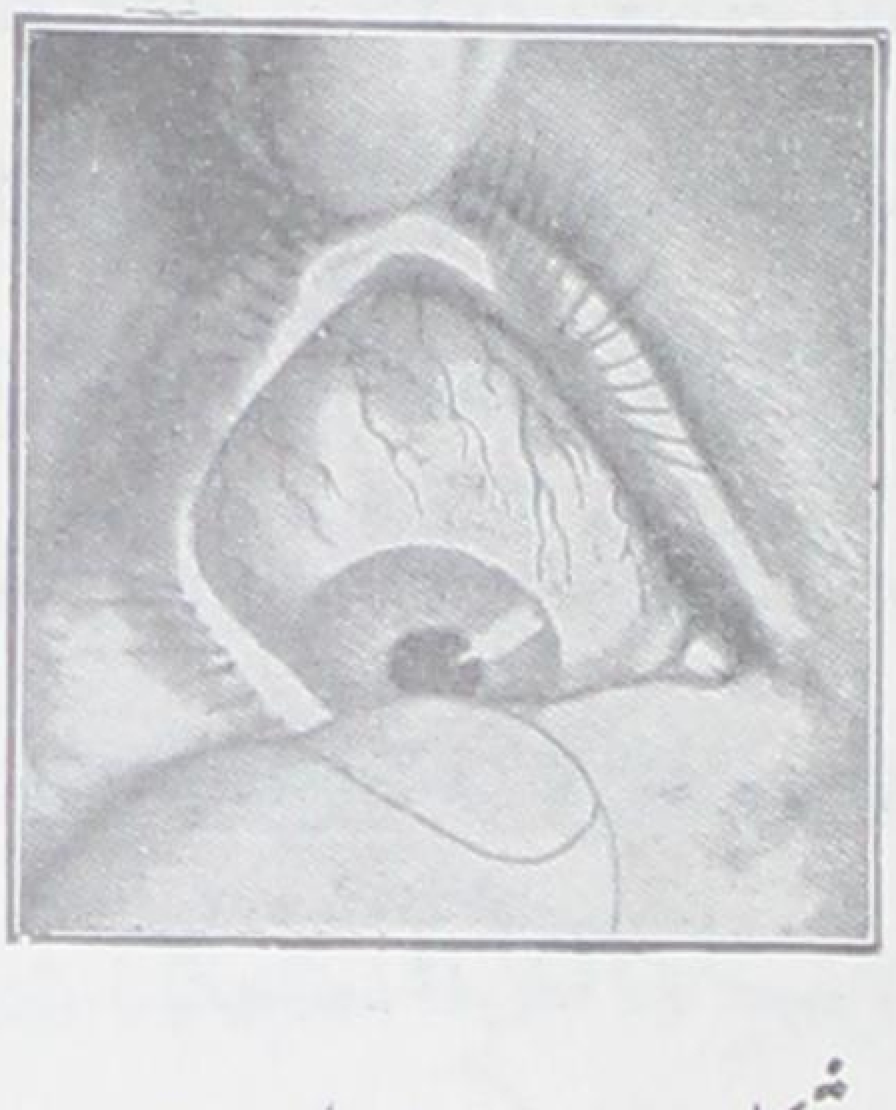
صلبیہ کا عنبہ

(Staphyloma of the Sclera)

کرۂ چشم کے اگلے حصے (ہدبی خطے) میں، یا خطِ استوائیہ یا پچھلے حصے میں صلبیہ کا پتلا ہو جانا اور باہر کو اُبھر آنا -

ہدبی اور استوائی عنبات (ciliary and equatorial staphylomata) عموماً عنبی خطہ کے اور صلبیہ کے اُن التہابات کے بعد ثانوی طور پر ہوتے ہیں، جن کی وجہ سے صلبیہ نرم ہو گیا ہو اور اس کے ساتھ تناؤ کی زیادتی بھی ہو یا نہ ہو - اول الذکر (ہدبی عنبہ) ایک نیلگوں خاکستری رنگ کا اُبھار پیش کرتا ہے، جو محدود ہوتا ہے یا قرنیہ کے گرداگرد پھیلا ہوا ہو سکتا ہے (شکل ۱۵۴) - یہ اُبھار بڑھنے کا رجحان ظاہر کرتا ہے اور بعض وقت پھوٹ پڑتا ہے بیچیائی اعنبا (intercalary staphyloma) سے عنبہ کو حقیقی ہدبی عنبہ و بیچیسی عنبہ میں متفرق کیا جاتا ہے - حقیقی ہدبی عنبہ میں خود جسم ہدبی (ciliary body)

آگے کو اُبھر آتا ہے۔ کیسیی عنبہ وہ ہے جس میں اُبھرنے والا حصہ حدِ قرنیہ اور ہدبی خطّے کے درمیان ہوتا ہے۔ استوائی عنبات بیشتر اُن کُراتِ چشم میں دیکھے جاتے ہیں جنھیں مرضِ گلاکوما کی وجہ سے نابینا اور دردناک ہونے کے باعث کاٹ کر نکال دیا گیا ہے۔ اگر قزحیہ برآری (iridectomy) ممکن العمل ہو تو یہی اس کا واحد علاج ہے، اور اسے مرضی عمل کی ترقی کو روکنے کی غرض سے کیا جاتا ہے۔ بعض حالتوں میں، اُسوقت جبکہ کلانی یافتہ کُرہ چشم بے بصر (نابینا) ہو اور بہت تکلیف کا باعث ہو، عملیۂ انقاف (enucleation) یا عملیۂ حشا برآری (evisceration) مناسب ہوتا ہے۔



شکل ۱۵۴۔صلبیہ کا عنبہ
(Staphylomata of the Sclera)

170

عنبۂ مؤخر (posterior staphyloma) کا وقوع عام ہے اور یہ قصر البصر (myopia) اور التہابِ مشیمیہ (choroiditis) کے ساتھ ہوتا ہے (صفحہ 197)۔ ایسے چشم بین سے دیکھنے پر ایک اختلاف پذیر چوڑائی کا سفید رقبہ نظر آتا ہے، جو قرصِ بصری (optic disc) کو گھیرے ہوئے ہوتا ہے (شکل ۱۷۲، صفحہ ۱۵)۔

تضرراتِ صلبیہ
(INJURIES OF THE SCLERA)

اہم تضررات میں انشقاق (rupture) اور ثاقب زخم

(perforating wounds) شامل ہیں - یہ تفضرات اِس وجہ سے خطرناک ہوتے ہیں کہ اِن میں کرۂ چشم کے مشمولات کے خارج ہونے اور اندرون چشم میں سرایت واقع ہوجانے کا خطرہ رہتا ہے -

اگر ثاقب زخم چھوٹے اور صاف ہوں تو وہ اکثر بلا کسی تعامل کے مندمل ہوجاتے ہیں، اور اُن کے لئے بجز صاف کر دینے اور پٹی باندھ دینے کے کسی دوسرے علاج کی ضرورت نہیں ہوتی -

بڑے اور کشادہ لب زخموں (gaping wounds) اور انشقاقات (ruptures) کی حالت میں اکثر زجاجیہ (vitreous) کے باہر نکل آنے کا امکان ہوتا ہے - زجاجیہ میں خون موجود ہوگا، تناؤ میں کمی ہوگی اور زخم کے اندر بعض ماتحت بافتیں (مشیمیہ، جسم ہدبی یا قزحیہ) پائی جاتی ہیں، جو زخم کے محل وقوع کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہیں - ایسے زخموں کو صاف کر کے باہر نکلے ہوئے حصوں کو اُس وقت جبکہ وہ زیادہ خطرناک طور پر مجروح نہ ہوئے ہوں پھر اندر داخل کر دینا چاہئے، اور صلبیہ (sclera) میں یا زیادہ بہتر یہ ہوگا کہ ملتحمہ (conjunctiva) میں ٹانکے لگا کر زخم کا منہ بند کر دیا جائے - مریض کے لئے بالکل خاموش اور سکون کے ساتھ رہنا نہایت ضروری ہے، اور اُس کی آنکھ پر پٹی باندھ دینا چاہئے -

بعض اوقات ایسے زخم زیادہ التہابی ردِ عمل پیدا کرنے سے قاصر رہتے ہیں - ایسی صورت میں وہ نہایت جلد مندمل ہوجاتے ہیں اور بروز یافتہ (باہر نکلے ہوئے) حصے اکثر زخم کے ندبہ میں منحبس یا مُتقیّد (incarcerated) ہوجاتے ہیں - لیکن اکثر اوقات ایسے

زخم التہابِ کُلّ العین (panophthalmitis) پیدا کر دیتے ہیں
جس کے بعد بالآخر ضمورِ کُرۂ چشم (phthisis bulbi) واقع ہو جاتا
ہے، یا وہ تکوینی التہابِ قزحیہ وجسمِ ہدبی (plastic iridocyclitis)
پیدا کر دیتے ہیں، جس سے بصارت جاتی رہتی ہے۔ جب زخم
جسمِ ہدبی (ciliary body) کو ماؤف کرتا ہو تو التہابِ قزحیہ
وجسمِ ہدبی (iridocyclitis) کے پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے،
اور تفرز (چوٹ) اس وجہ سے اور بھی زیادہ خطرناک ہو جاتا ہے کہ
ایسے زخم مشارکی التہاب العین (sympathetic ophthalmitis)
پیدا کر دینے کی قابلیت رکھتے ہیں۔

صُلبیہ کے انشقاقات (ruptures) گھونسوں یا کُند آلات
سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ عموماً قرنیہ کے حاشیہ کے قریب، اکثر
اوپر کی طرف، واقع ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ملتحمہ پھٹا ہوا نہ ہو۔

جب صلبیہ کے تفرزات بہت وسیع ہوں اور اُن سے
کُرۂ چشم کے مشمولات کا معتد بہ حصّہ ضائع ہو گیا ہو، اور جب ہم کو　171
یقین ہو جائے کہ کارآمد بصارت کی توقع نہیں کی جا سکتی تو ایسی
حالت میں کُرۂ چشم کو فوراً نکال دینا چاہیئے۔ یہ اُس وقت اور بھی
زیادہ ضروری ہو جاتا ہے جبکہ زخم ہدبی خطہ (ciliary region)
جیسے خطرناک منطقہ کو ماؤف کر دیتا ہے۔

آنکھ میں جسمِ غریب (foreign body) کی موجودگی ایک خطرناک
پیچیدگی ہے۔ اجنبی جسم کے نکالنے کی کوشش کرنی چاہیئے، جس کا
طریقہ صفحہ 242 پر بیان کیا گیا ہے۔

جب کسی حالت میں کُرہ چشم کے اندر ایک جسمِ غریب کی موجودگی کے متعلق ذرا بھی شک ہو تو لاشعاعی (X-ray) امتحان ضرور کر لینا چاہیئے۔

172

بابِ یازدہم

امراضِ قزحیہ

(DISEASES OF THE IRIS)

تشریح و فعلیات۔ صلبیہ کے بالکل ہی نیچے آنکھ کا دوسرا یعنے عروقی طبقہ (عنبیہ یا عنبیتی خطّہ :uvea or uveal tract) واقع ہے۔ اِسی طبقہ سے کُرۂ چشم کا تغذیہ وابستہ ہے۔ یہ تین حصّوں سے بنتا ہے جو آگے سے پیچھے تک علی الترتیب قزحیہ (iris)، جسمِ ہدبی (ciliary body) اور مشیمیہ (choroid) کے نام سے موسوم ہیں۔ یہ تینوں حصّے اِسقدر قریبی طور پر مربوط و متحد ہیں کہ جب ایک حصّہ کسی مرض میں مبتلا ہو جاتا ہے تو اکثر دوسرے حصّے بھی اُس کے شاملِ حال ہو جاتے ہیں۔

قزحیہ (آیرِس) ایک رنگین مُدوّر جھلّی ہے جو قرنیہ کے پیچھے عدسہ (lens) کے بالکل سامنے (ایک پردہ کی طرح) لٹکی ہوئی، اور اپنے مرکز میں ایک مختلف الجسامت سوراخ سے مثقوب (چھِدی ہوئی) ہے، جسے حدقہ یا پُتلی (pupil) کہتے ہیں۔ اِس جھلّی کا یہ کام ہے کہ آنکھ کے اندر داخل ہونے والی روشنی کی مقدار کو منضبط اور معیّن کر کے اندر داخل ہونے دے،

اور اُن حاشیتی شعاعوں (marginal rays) کو، جو شبکیہ پر کی شبیہ کے روشن اور نمایاں ہونے میں خلل انداز ہونگی، منقطع اور حذف کردے - اِس کا محیطی کنارا جسمِ ہدبی کے سَر اور رباطِ مشطی (ligamentum pectinatum) سے نکلتا ہے، اور اندرونی آزاد کنارا (جو پُتلی کے حلقہ کی سرحد بناتا ہے)، اُسوقت جبکہ پُتلی سُکڑی ہوئی یا معتدل طور پر پھیلی ہوئی ہو عدسہ کے اگلے غلاف (anterior capsule) پر لگا رہتا ہے، مگر اُسوقت جبکہ پُتلی انتہائی طور پر پھیلی ہوئی ہو وہ خزانۂ مقدم (anterior chamber) میں آزادانہ لٹکتا رہتا ہے - قزحیہ (آئرس) خزانۂ مقدم کو خزانۂ مؤخر (posterior chamber) سے جدا کرتا ہے - اُس کی اگلی سطح کا رنگ مختلف آنکھوں میں نہایت مختلف ہوتا ہے - نیز اِس سطح پر نیم قطری رُخ کے تموّجی خطوط نمایاں ہوتے ہیں، جو پُتلی کے مرکز کے قریب کے ناہموار فرازوں (elevations) اور چھوٹے چھوٹے نشیبوں (خافیوں :crypts) کے ایک دائرہ کی طرف مستدق ہوتے ہیں۔ علاوہ ازیں دوسرے باریک تر خطوط بھی اِس حلقہ سے پُتلی کی طرف پھیلتے ہوئے دکھائی دیتے ہیں - دراصل یہ منظر ماتحت عروقِ دمویہ کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے۔

قزحیہ (iris) نازک اور اسفنجی اتصالی بافت کے ہیکل (stroma) سے بنتا ہے، جس میں شاخدار رنگین خلیے، عضلی ریشے، اور بکثرت عروق و اعصاب موجود ہوتے ہیں - سامنے وہ درحلمہ (endothelium) سے اور پیچھے مؤخر تحدیدی غشا (posterior limiting membrane) اور شبکیتی لونی طبقات (retinal pigment layers) سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔

قزحیہ کے رنگ کا انحصار کچھ تو اُس کے ہیکلی خلیات (stroma cells) کے مادۂ ملونہ پر ہوتا ہے جو تغیر پذیر ہوتا ہے، اور کچھ شبکیتی تہوں کے خلیات کے

مادۂ ملونہ پر جو ہمیشہ ایک ہی حالت پر (مستقل) رہتا ہے۔

عضلی بافت، یعنے عاصرۂ حلقہ (مزوّم افتار) (sphincter pupillæ) ایک تنگ پٹی، تقریباً ایک ملی میٹر چوڑی، پتلی کے قریباً سے پیچھے سے گھیرے ہوئے واقع ہے، جسے عصبِ سوئم (third nerve) سے رسد پہنچتی ہے۔ مؤخر تحدیدی غشا (posterior limiting membrane) ایسے ریشوں پر مشتمل ہے جو جسم ہدبی (سلیری باڈی) سے لیکر پتلی کے حاشیہ تک پھیلتے ہیں۔ بعض ماہرین کا خیال ہے کہ یہ غیر مخطط عضلی ریشے (unstriped muscle fibres) ہیں اور فاعلی انبساطِ حدقہ (active dilatation of the pupil) پیدا کرنے میں حصہ لیتے ہیں۔ لیکن فاعلی انبساطِ حدقہ پیدا کرنے والا خاص عامل شرائین کے دبیز عضلی طبقوں کا انقباض ہے جو عصبِ مشارکی (sympathetic) کے زیر اقتدار ہوتا ہے۔

173

قزحیہ (iris) کی پچھلی سطح ملوّن خلیات کے دو طبقات، یعنے عنبیتی تہہ (uveal layer) سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ یہ تہہ آزاد کنارے تک پھیل کر اور اُس کے گرد قدرے مڑ کر حدقی حاشیہ کی سیاہ جھالر بناتی ہے۔

قزحیہ کے عروق شریانِ عینی (ophthalmic) کی دو شاخوں سے آتے ہیں، جو طویل مؤخر ہدبی شرائین (long posterior ciliary arteries) کے نام سے موسوم ہیں۔ اِن میں سے ہر شریان ایک بالائی اور ایک زیریں شاخ میں تقسیم ہوتی ہے۔ یہ شاخیں مقابل جانب کے متناظر عروق کے ساتھ اور مقدم ہدبی (anterior ciliary) کے ساتھ تفمّم (anastomose) کرتی ہیں، اور قزحیہ کے چسپیدہ حاشیہ کے بالکل پیچھے ہی ایک عروقی دائرہ بنا دیتی ہیں، جسے قزحیہ کا عروقی دائرہ کبیر (greater vascular circle of the iris)

کہتے ہیں۔اس سے جسمِ ہدبی اور قرحیہ کو شاخیں جاتی ہیں۔قرحی شاخیں پُتلی کی طرف مستدق ہوتی ہیں، اور یہاں منقسم ہوکر ایک نسبتہً چھوٹا عروقی دائرہ، قرحیہ کا عروقی دائرۂ صغیر (lesser vascular circle of the iris) بناتی ہیں۔ قرحیہ کی وریدیں شرائین کی متذکرۂ بالا ترتیب کی متابعت کرتی ہیں۔مزید برآں وہ قناتِ شلیم (canal of Schlemm) کے ساتھ ارتباط اور مواصلت رکھتی ہیں، اور بالخصوص پیچھے گردابی وریدوں (اوردۂ دُوّامہ :venæ vorticosæ) کی طرف جاتی ہیں۔

اعصاب جسمِ ہدبی کے ضفیرے (plexus) سے نکلتے ہیں، اور عصبِ سویم، یعنی عینی کی انفی شاخ (nasal branch of the ophthalmic) سے، اور عصبِ مشارکی (sympathetic) سے ماخوذ ہوتے ہیں۔

غشاء حدقی (Pupillary Membrane)۔جنین میں پُتلی ایک مہین شفاف اور نازک جھلّی (غشاء حدقی) سے بند ہوتی ہے۔جنینی زندگی کے ساتویں یا آٹھویں مہینے میں یہ جھلّی اور اس کے عروق بتدریج جذب ہوجاتے ہیں۔ممکن ہے کہ ولادت کے وقت اس کی کچھ دھجیاں باقی ملیں۔کبھی کبھی یہ جھلّی تمام وکمال یا اس کا کچھ حصہ بدستور قائم رہ جاتا ہے (مستمر یا دائمی غشاء حدقی :persistent pupillary membrane)۔

بعض اوقات قرحیہ (iris) نمو نہیں پاتا، اور اس کا نتیجہ پیدائشی لاقرحیت (congenital aniridia) ہوتی ہے۔زیادہ اکثر یہ ہوتا ہے کہ قرحیہ کا نمو ناقص اور نامکمل رہ جاتا ہے، جس سے ایک خلا (خالی جگہ) باقی رہتا ہے، جو عموماً تشاکل ہوتا ہے اور اکثر نیچے اور انفی جانب کو ہوا کرتا ہے۔ اسے پیدائشی شقاقِ قرحیہ (congenital coloboma of the iris)

کہتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اس کے ساتھ مشیمیہ (choroid) کا نمو بھی اسی طرح ناقص اور نامکمل ہو۔

التہاب قزحیہ

(Iritis)

یہ قزحیہ کا التہاب ہے، جسے مندرجۂ ذیل اقسام میں تقسیم کیا جاسکتا ہے۔

اقسام۔ (۱) عمرِ مرض کے لحاظ سے حاد (acute) تحت الحاد (sub-acute)، اور مزمن (chronic) اقسام میں تقسیم کیا جاسکتا ہے۔

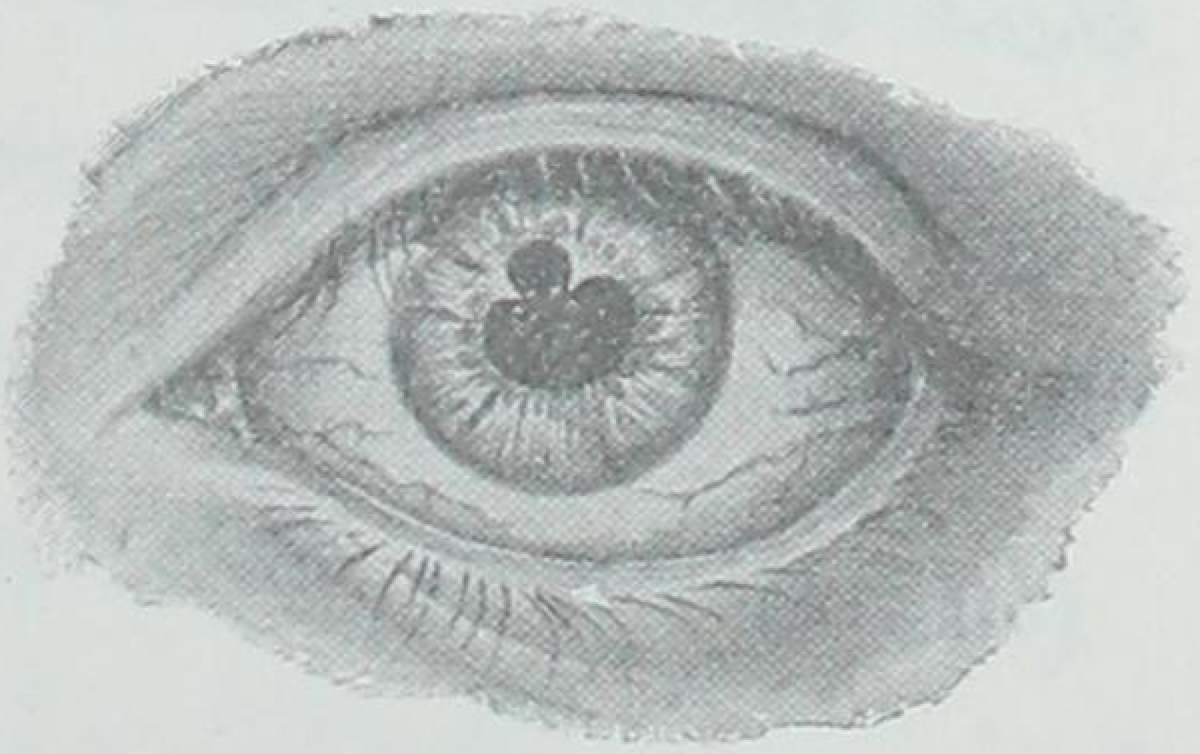
(۲) امراضیاتی حاصلات کے لحاظ سے تکوینی (plastic)، مصلی (serous)، ریمی (purulent) اور تدرنی (tuberculous) میں۔

174 (۳) سبباتی لحاظ سے آتشکی (syphilitic)، وجع المفاصلی (رثیمی) (rheumatic)، نقرسی (gouty) ذیابیطسی (diabetic)، سوزاکی (gonorrhœal) تدرنی (tuberculous)، خنازیری (scrofulous) ضربی (traumatic) مشارکی (sympathetic)، ثانوی (secondary)، اور خودرو یا ذاتی (idiopathic) میں۔

لیکن امراضیاتی حاصلات کی نوعیت کے لحاظ سے جماعت بندی غیر تشفی بخش ہے، کیونکہ ایک قسم دوسری قسم میں ضم ہو جاتی ہے۔ اسلئے یہ بہتر ہے کہ التہاب قزحیہ (iritis) پر ایک عام اور مجموعی حیثیت سے غور کیا جائے، اور پھر اُن مختلف قسموں کی خصوصیات بیان

کی جائیں جن کے نام سببیاتی لحاظ سے رکھے گئے ہیں۔

معروضی علامات (Objective Symptoms)-قزحیہ "متغیر" دکھائی دیتا ہے (شکل ۱۵۶، صحفہ ۱۲)۔ وہ "متورم" اور "مکدر" (دھندلا اور پھیکے رنگ کا) ہو جاتا ہے، اُس کی چمک جاتی رہتی ہے، اُس کے خطوط اور نشانات غیر واضح ہو جاتے ہیں، اُس کا رنگ بدل جاتا ہے، نیلے یا بھورے قزحیوں میں سبزی مائل رنگ ہو جاتا ہے اور سیاہ قزحیوں میں مٹیالا رنگ ہو جاتا ہے۔ یہ تغیرات قزحیہ کے اِمتلا (congestion) کی وجہ سے اور اُس کے جرم کے اندر خلیات اور فائبرن (fibrin) کے ارتشاح نیز خزانہ مقدم (anterior chamber) میں ارتشاح کے باعث ہوتے ہیں۔

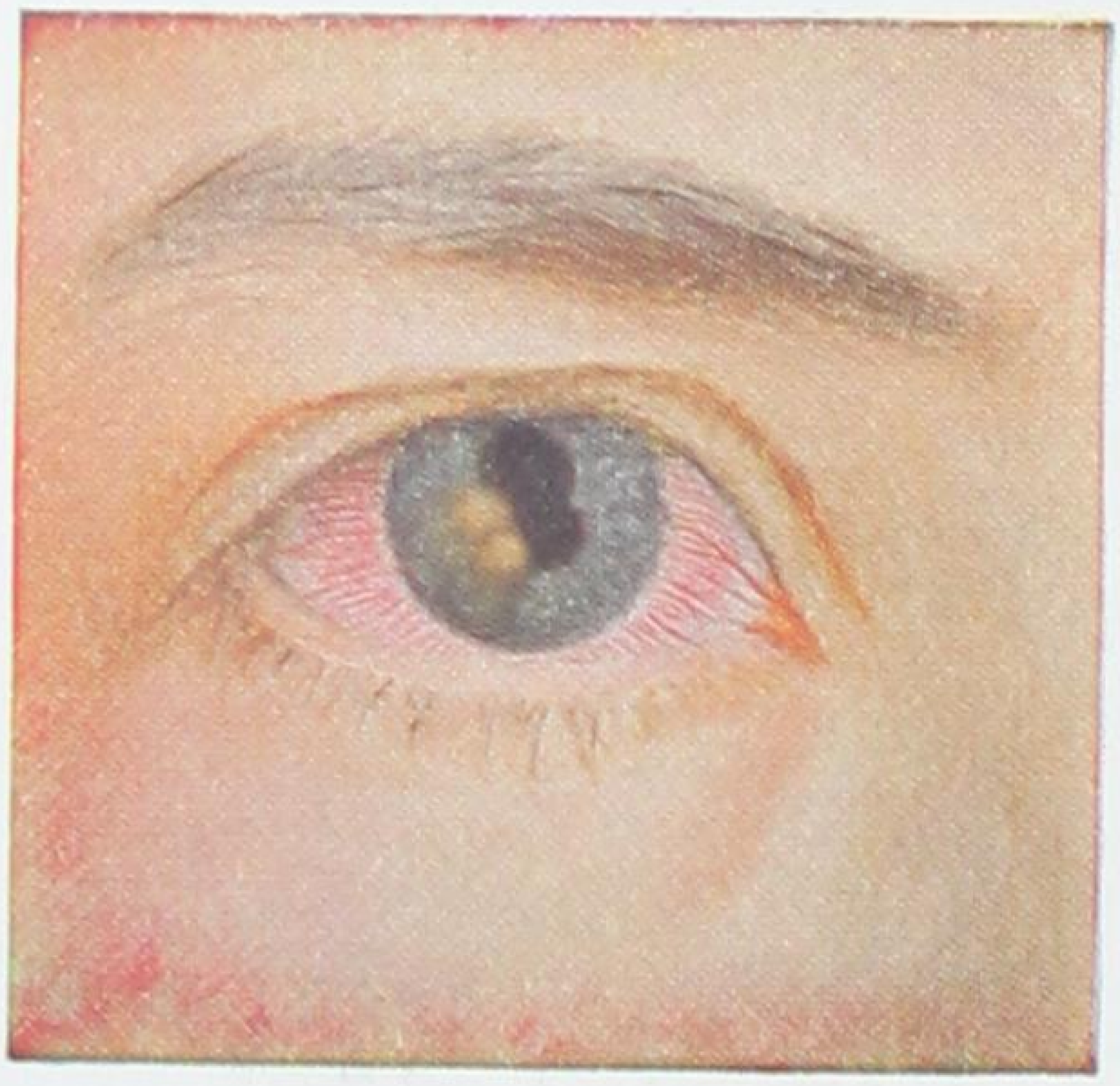


شکل ۱۵۵-التہابِ قزحیہ میں مؤخر التصاقِ قزحیہ جس سے پُتلی ناہموار ہوگئی ہے (Posterior Synechiæ Causing Irregular Pupil in Iritis)

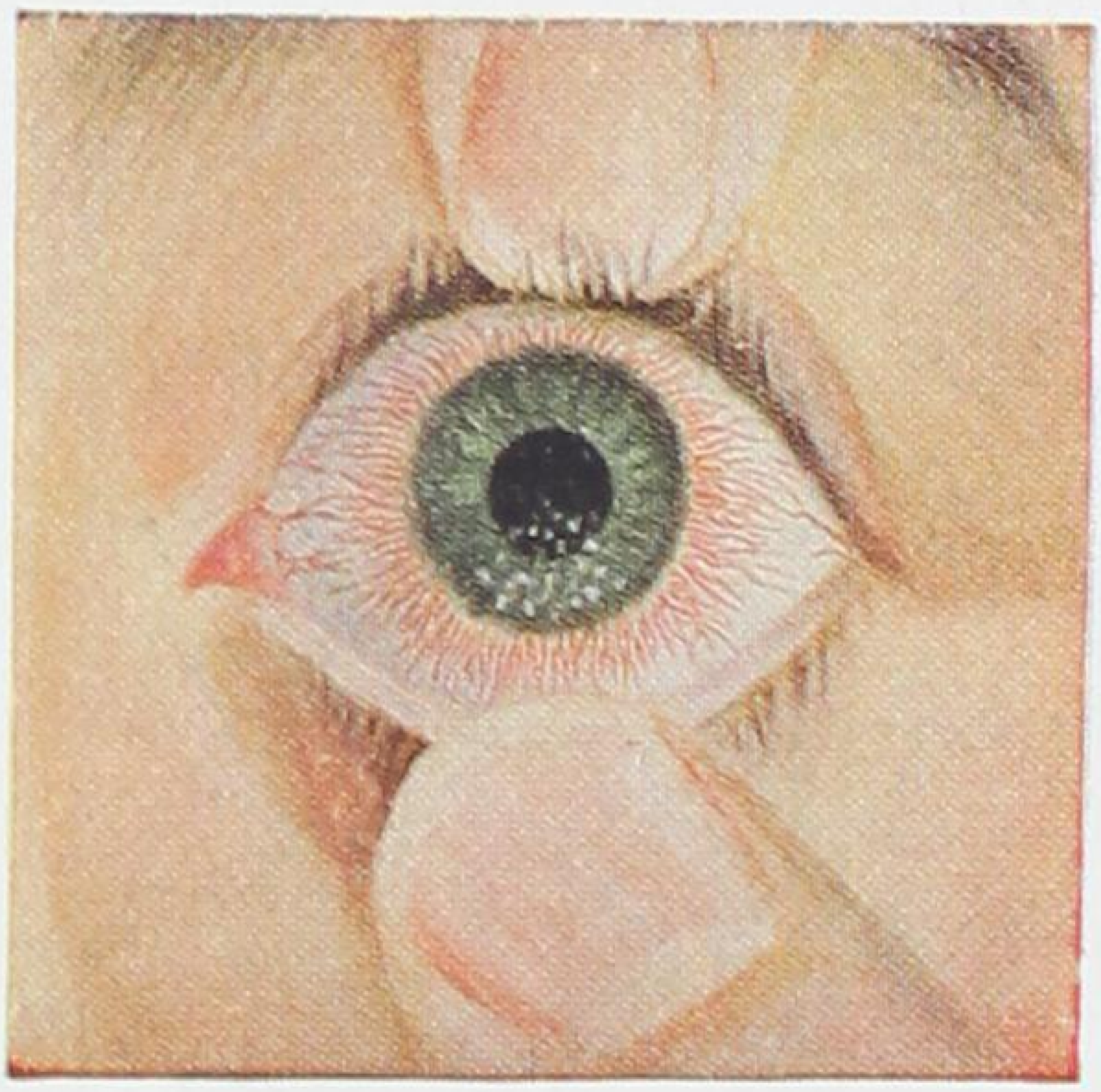
پُتلی سکڑی ہوئی، کسی قدر بھورے رنگ کی، بطئ الفعل (sluggish) اور ناہموار (شکل ۱۵۵) ہوتی ہے۔ یہ ناہمواری اُن چپکیوں (انضمامات) کی وجہ سے ہوتی ہے جو قزحیہ کی پچھلی سطح اور عدسہ کے اگلے غلاف کے درمیان پیدا ہو جاتی ہیں (مؤخر التصاقاتِ قزحیہ (posterior synechiæ)، اور جو ایٹروپین ٹپکانے کے بعد نہایت اچھی طرح دکھائی دیتی ہیں۔



شکل ۱۵٦—بائیں آنکھه میں التهاب قزحیه (Iritis)



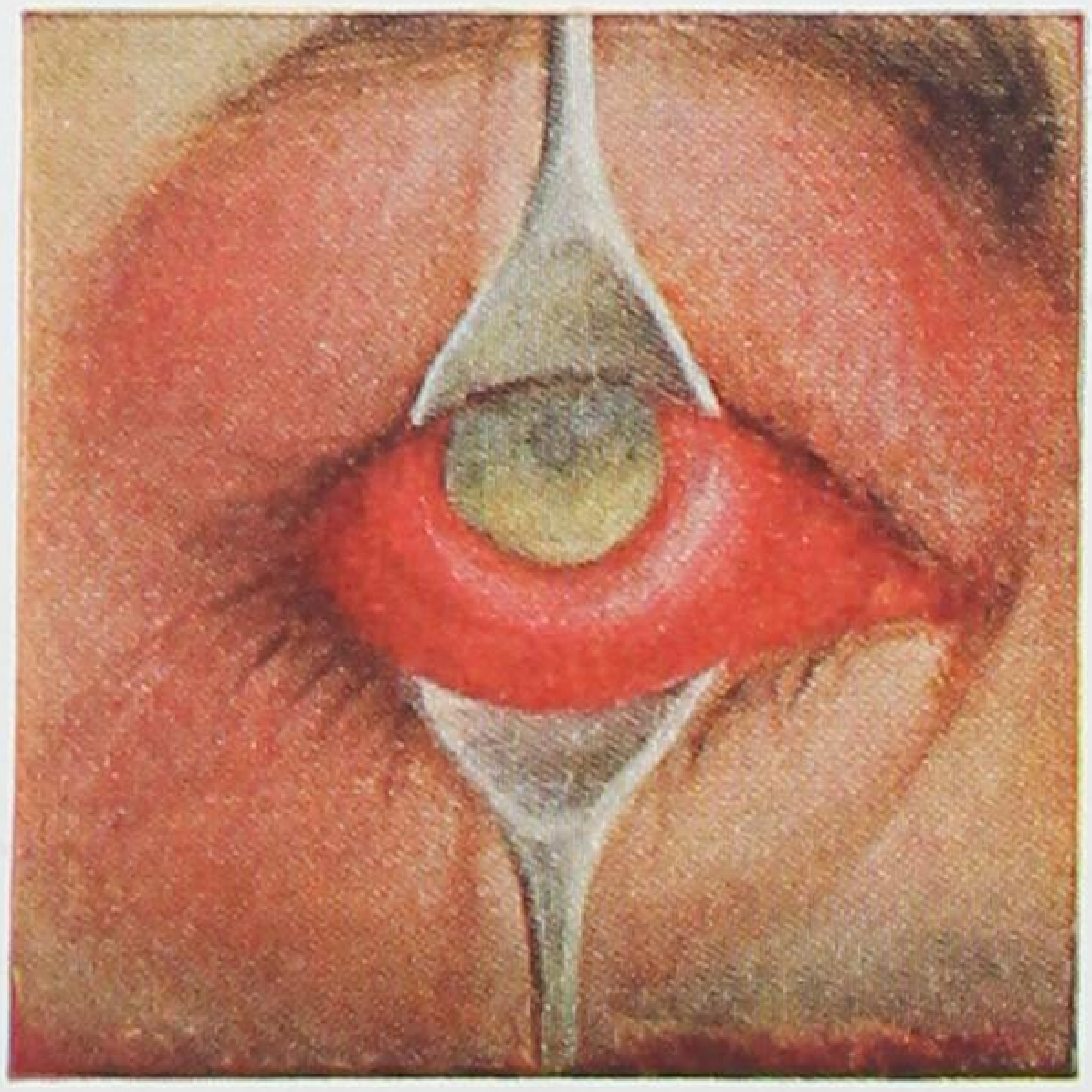
شکل ۱۵۷—قزحیه میں آتشکی گرهکیں



شکل ۱۵۸—منقط التهاب قرنیه
(Keratitis punctata)



شکل ۱۵۹—التهاب کل العین
(Panophthalmitis)



شکل ۱٦۰—التهاب کل العین
(Panophthalmitis)

مقابل صفحه ۳۴۰

کوشکِ آبی (aqueous chamber) کے مافیہ میں تغیرات رونما ہوتے ہیں۔ اکثر اوقات اُس میں گدلا پن پایا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ قرنیہ کی پچھلی سطح پر گرد نما جماؤ موجود ہو (قرنی رسوبات :keratic precipitates or 'k.p'.) جو اکثر زیریں حصّے کو ماؤف کرتا ہے (شکل ۱۵۸، صفحہ ۱۲) یا پورے قرنیہ پر ایک ابر نما منظر پیدا کر سکتا ہے۔ اِس ارتشاح میں پیپ موجود ہو سکتی ہے جو تہ میں بیٹھ جاتی ہے (کوشکی ریم :hypopyon)' یا فائبرین (fibrin) جو منجمد ہو کر ایک خاکستری تودہ بن جاتی ہے (اسفنجی التہابِ قزحیہ :spongy iritis)، یا ممکن ہے کہ خون ہو (دروں چشمی نزف :hyphæma خزانۂ مقدم (anterior chamber) طبعی حالت کے مقابلہ میں گہرا ہو سکتا ہے۔ کُرۂ چشم کا تناؤ، گو وہ عموماً طبعی ہوتا ہے، ممکن ہے کہ بڑھا ہوا ہو۔

ممکن ہے کہ عدسہ کا اگلا غلاف ارتشاح کے شواہد پیش کرے، اور جہاں مؤخر التصاقات قزحیہ (posterior synechiæ) پھٹ گئے ہیں وہاں عنبیہ کے مادۂ ملوّنہ (uveal pigment) کے چھوٹے چھوٹے دھبّے بھی نظر آئیں۔ 175

گرد قرنیتی اِشراب (circumcorneal injection) ہمیشہ نمایاں ہوتا ہے اور اِس گلابی منطقہ کے ساتھ کم و بیش ملتحمی اِمتلا (conjunctival congestion) بھی موجود ہوتا ہے۔

موضوعی علامات (Subjective Symptoms) درد، نور ترسی، تدمع، خللِ بصارت، اور بعض اوقات عام کسلمندی (malaise) پر مشتمل ہوتے ہیں۔

درد اکثر شدید اور وجع العصبی (neuralgic) نوعیت کا ہوتا ہے جو پیشانی اور کنپٹی کی طرف تشعّع ہوتا (پھیلنا) ہے، اور اُس کی شدت رات کے وقت بدترین (سب سے زیادہ) ہوتی ہے۔ بعض اوقات اِس کے ساتھ کُرۂ چشم کی الیمیت (tenderness) بھی ہوتی ہے۔ یہ ایسی علامت ہے جس سے جسمِ ہدبی (ciliary body) کی ماؤفیت ظاہر ہوتی ہے۔

تیزیٔ نظر میں کمی خزانۂ مقدم کے تکدّر (دھندلے پن) اور پتلی کے اندر اور قزحیہ کی پچھلی سطح پر مطروحات (deposits) کے جمنے پر منحصر ہوتی ہے۔ جب یہ کمی بہت نمایاں ہو تو اِس امر پر دلالت کرتی ہے کہ التہاب زیادہ گہرے حصّوں میں پھیل گیا ہے۔

تفریقی تشخیص (Differential Diagnosis) ۔ التہابِ قزحیہ (iritis) کو اکثر غلطی سے حادنازلتی التہابِ ملتحمہ (acute catarrhal conjunctivitis) سمجھ لیا جاتا ہے۔ بعض وقت حاد گلاکوما کو غلطی سے التہابِ قزحیہ (iritis) سمجھ لیا جاتا ہے۔ التہابِ قزحیہ اور التہابِ ملتحمہ کے تفریقی نکات صفحات ۳۴۳ و ۳۴۴ پر جدول میں درج کئے گئے ہیں۔

اگر ان جدولوں میں دئے ہوئے تفریقی نکات کو ذہن میں رکھا جائے تو ان تین امراض کی تفریقی تشخیص کرنے میں بہت کم دقت پیش آئے گی۔

التہابِ قزحیہ (iritis) کو غلطی سے التہابِ ملتحمہ (conjunctivitis) سمجھ لینا ایک بدنصیبی کی بات ہوگی، کیونکہ

(اس کے آگے کی عبارت ملاحظہ ہو صفحہ ۳۴۵ پر)

حاد التہاب قزحیہ (Acute Iritis)	حاد التہاب ملتحمہ (Acute Conjunctivitis)	حاد گلاکوما (Acute Glaucoma)
۱۔ قزحیہ متورم، دھندلا اور بدرنگ۔	۱۔ قزحیہ میں کوئی تغیر نہیں ہوتا۔	۱۔ قزحیہ ممتلی (congested)، بدرنگ، دھندلا، محیطی حصہ سامنے کو ہٹا ہوا۔
۲۔ پُتلی چھوٹی، بھوری، بطئی الفعل (sluggish) ایٹروپین کے استعمال کے بعد ناہموار۔	۲۔ پُتلی طبعی حالت میں۔	۲۔ پُتلی پھیلی ہوئی، بیضوی، غیر متحرک۔
۳۔ خزانۂ مقدم (anterior chamber) کی گہرائی طبعی (مصلی قسم میں زیادہ گہرا) اور اُس میں ارتشاح (exudation) موجود ہوتا ہے۔	۳۔ خزانۂ مقدم طبعی حالت میں۔	۳۔ خزانۂ مقدم کم گہرا، اور آبی بعض اوقات گدلا۔
۴۔ قرنیہ شفاف (ممکن ہے کہ پچھلی سطح پر مطروحات deposits: ظاہر کرے) اور زود حس۔	۴۔ قرنیہ شفاف۔	۴۔ قرنیہ بھاپ دار (steamy) اور زود حس۔
۵۔ ہُدبی (گرد قرنیتی) (ciliary) اشراب	۵۔ ملتحمی اشراب۔	۵۔ ہُدبی اور برصلبیتی (episcleral) اشراب

حاد التہابِ قرحیہ	حاد التہاب ملتحمہ	حاد گلاکوما
قرنیہ کے گرد اگرد مہین عروق کا گلابی منطقہ جو قبوہ کے قریب پھیکا پڑ جاتا ہے۔	موٹے شکنے، جو قبوہ میں نہایت نمایاں ہو کر قرنیہ کی طرف کم ہو جاتے ہیں۔	(نیز ملتحمی امتلا)۔
۶۔ ملتحمہ عموماً شفاف۔	۶۔ ملتحمہ سرخ اور غیر شفاف (مکدّر)۔	۶۔ ملتحمہ مُمتلی اور تہبّجی (chemotic)
۷۔ اشک ریزی، لیکن بلا اخراج مواد۔	۷۔ مخاطی یا مخاطی ریمی مواد کا اخراج۔	۷۔ اشک ریزی، لیکن بلا اخراج مواد۔
۸۔ تناؤ عموماً طبعی (گاہے بڑھا ہوا)۔	۸۔ تناؤ طبعی۔	۸۔ تناؤ بڑھا ہوا۔
۹۔ کسی قدر ہدبی الیمیت موجود ہوتی ہے۔	۹۔ ہدبی الیمیت نہیں ہوتی۔	۹۔ ہدبی الیمیت موجود ہوتی ہے۔
۱۰۔ درد پیشانی اور کنپٹی تک پھیلتا ہے۔ رات کے وقت زیادہ تکلیف دہ ہو جاتا ہے۔	۱۰۔ تکلیف، گرمی، اور کُھردرے پن کا احساس لیکن حقیقی درد نہیں ہوتا۔	۱۰۔ آنکھ میں اور اُس کے اطراف میں شدید درد، اور ساتھ ہی دردِ سر ہوتا ہے۔
۱۱۔ کم نظری (دھند)۔	۱۱۔ بصارت میں کوئی خلل نہیں ہوتا، بجز اُس دھندلے پن کے جو سطحِ قرنیہ کے مواد آلود ہو جانے کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔	۱۱۔ نہایت نمایاں دھند اور کم نظری۔

اس سے فوراً ایٹروپین ٹپکانے میں تاخیر ہو جائے گی۔ لیکن گلاکوما کو التہابِ قزحیہ (iritis) سمجھ لینا ایک نہایت خطرناک مغالطہ ہوگا، کیونکہ ایٹروپین کا استعمال گلاکوما میں ایک مصیبت خیز حادثہ ہوگا، گو وہ (ایٹروپین) التہابِ قزحیہ میں ایک نہایت اہم چیز ہے۔

حکم۔ التہاب قزحیہ (iritis) حاد ہو کر اس کا حکم کئی ہفتے جاری رہ سکتا ہے، یا وہ مزمن ہو کر کئی مہینے جاری رہ سکتا ہے۔ بہت سے مریضوں میں اس کا اختتام خاطر خواہ طور پر اچھا ہوتا ہے، بالخصوص اس وقت جبکہ اس کا علاج ابتداءِ مرض ہی سے کیا جائے۔ ایسی صورت میں ارتشاح (exudation) جذب ہو جاتا ہے اور قزحیہ (iris) اپنی معمولی (طبعی) حالت پر آجاتا ہے، سابقہ التہاب کا کوئی نشان باقی نہیں رہتا یا محض خفیف سے آثار رہ جاتے ہیں۔ مزمن حالتوں میں التہابی علامات نہایت خفیف اور ہلکے ہوتے ہیں یا بالکل ہوتے ہی نہیں۔ التہابِ قزحیہ کی بعض قسمیں مکرر (بار بار) ہونے کا رجحان رکھتی ہیں۔ التہاب قزحیہ ایک یا دونوں آنکھوں کو ماؤف کرسکتا ہے۔ جب دونوں آنکھوں پر حملہ ہوتا ہے تو دوسری آنکھ عموماً پہلی آنکھ کے ماؤف ہونے کے بعد تھوڑا وقت گذرنے پر ماؤف ہوتی ہے

پیچیدگیاں۔ التہابِ قزحیہ (iritis) کی شدید قسموں میں بعض اوقات آنکھ کے متصلہ حصے [ملتحمہ (conjunctiva)، قرنیہ، جسمِ ہدبی (ciliary body)، مشیمیہ (choroid)، زجاجیہ (vitreous)، عصبِ بصری (optic nerve) اور شبکیہ (retina)] بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ التہابِ قزحیہ (iritis) کے ساتھ جسمِ ہدبی

177

التہابِ قزحیہ و جسمِ ہُدبی کے التہاب (cyclitis) کی شرکت [جسے مجموعی طور پر التہابِ قزحیہ و جسمِ ہُدبی (iridocyclitis) کہتے ہیں] اس قدر عام ہے کہ بعض مصنفین ان دونوں حالتوں کو ایک ساتھ ہی بیان کرتے ہیں، اور خاص التہابِ قزحیہ (iritis) کو ایک نادرالوقوع حالت سمجھتے ہیں۔ اگر التہابِ قزحیہ کے دوران میں علاماتِ ذیل واقع ہوں تو وہ التہابِ جسمِ ہُدبی (cyclitis) کی موجودگی پر دلالت کرتے ہیں: شدید التہابی علامات، بصارت میں نمایاں کمی، ہُدبی خطہ میں الیمیت (tenderness)، قرنیہ کی پچھلی سطح پر مطروحات (deposits) اور طبعی تناؤ میں کمی یا بیشی۔

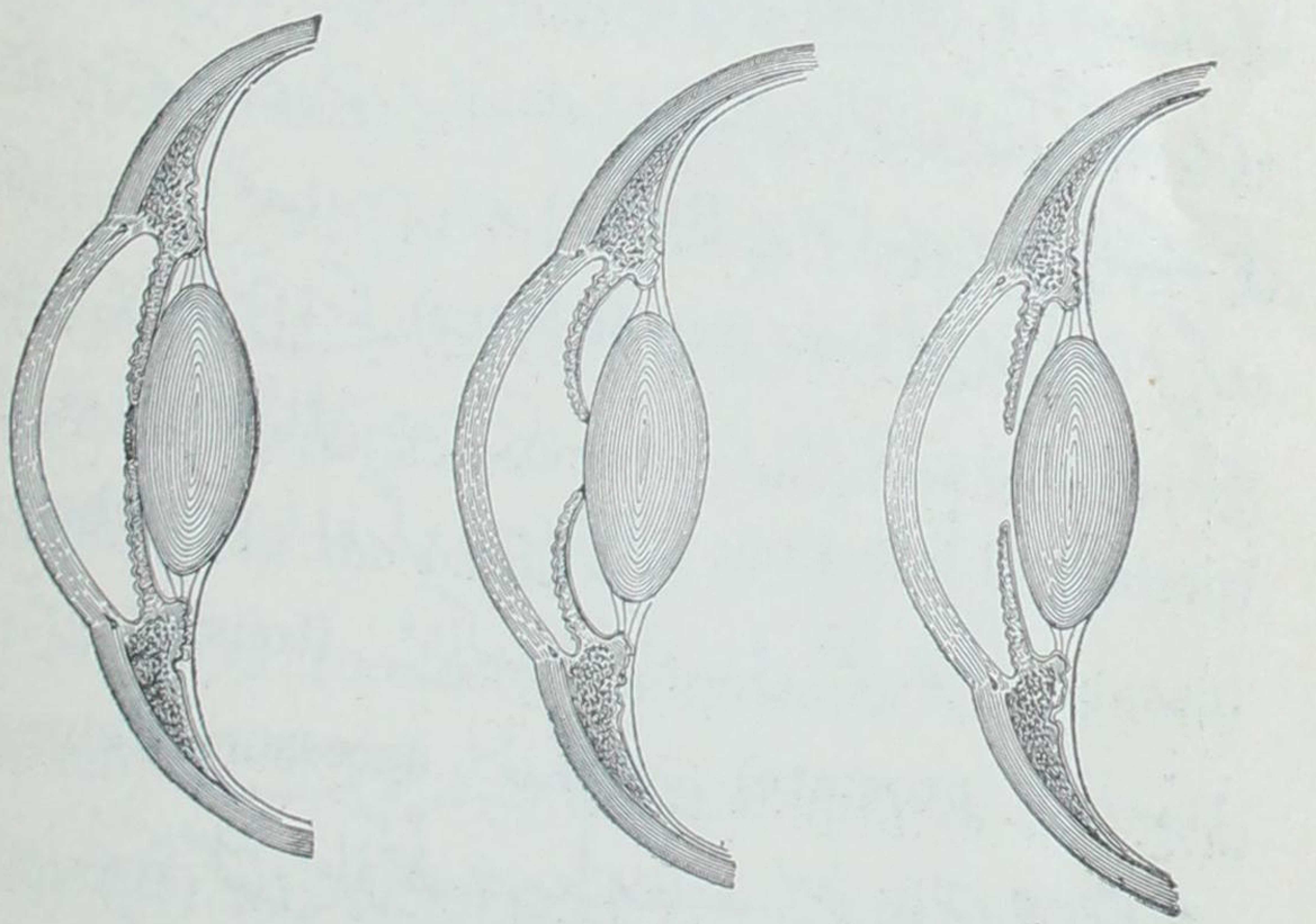
عواقب۔ اکثر مؤخر التصاقاتِ قزحیہ (posterior synechiæ) پائے جاتے ہیں، اور عدسہ کے اگلے غلاف پر مطروحات موجود ہوتے ہیں۔ کبھی کبھی اعتزالِ حدقہ (seclusion of the pupil) مسدودیٔ حدقہ (occlusion of the pupil)، ذبولِ قزحیہ (atrophy of the iris)، زجاجیہ کے عتمات (opacities of the vitreous)، عدسہ کے پچھلے غلاف پر مطروحات (deposits) اور نزول الماء (موتیا بند) (cataract) بھی اس مرض کے عواقب میں سے ہوتے ہیں۔ اعتزالِ حدقہ (seclusion of the pupil) (حلقہ دار مؤخر التصاقِ قزحیہ: annular posterior synechia) میں قزحیہ کا پورا حدقی حاشیہ پیچھے چپکا ہوا ہوتا ہے، مگر پُتلی صاف رہتی ہے (شکل ۱۶۲)۔ اس سے خزانۂ مقدم (anterior chamber) اور خزانۂ مؤخر (posterior chamber) کے درمیان رابطہ زائل (راستہ بند) ہو جاتا ہے۔ ہُدبی زائدوں (ciliary processes) کا

افراز کردہ مائیہ (aqueous) اندر محصور ہوجاتا ہے، قرحیہ تن کر (قرحیۂ بارز: iris bombe) مدبول ہوجاتا ہے، اور بالآخر گلاکوما (زرق الماء) پیدا ہوجاتا ہے، اور اگر اس کا تدارک نہ کیا جائے تو نابینائی ہوجاتی ہے۔ پتلی کا غیر شفاف رشحہ (exudate) سے پُر ہوجانا مسدودئ حدقہ (occlusion of the pupil) ہے (شکل ۱۶۳)۔

بحث اسباب۔ التہابِ قرحیہ (iritis) کا انحصار عموماً نظامِ جسم کے کسی فتور پر ہوتا ہے (بہت سی حالتوں میں آتشک پر)۔ اکثر اس کا انحصار اس سم (toxin) پر ہوتا ہے جو جسم کے کسی حصے کے عفونتی ماسکہ (septic focus) سے ماخوذ ہوا ہو۔ اس گروہ میں وہ سرایت شامل ہے جو مبتلائے مرض دانتوں (جوئیفی تجیج (periapical infection: اور گرد راسی سرایت pyorrhœa: لوزتین (tonsils)، ناک اور اضافی انفی جوفوں (nasal accessory sinuses)، غدۂ قدامیہ (prostate)، نسوانی اعضائے تناسل یا معائی خطّے سے پیدا ہوجائے۔ بعض حالتوں میں التہابِ قرحیہ مزمن سوزاک (chronic gonorrhœa) سے پیدا ہوجاتا ہے۔ نام نہاد روماتزمی اصابات غالباً ماسکی سرایت (focal infection) کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ شاذ حالتوں میں التہابِ قرحیہ کا انحصار تدرن (tuberculosis) حاد ساری امراض (acute infectious diseases) یا ذیابیطس پر ہوتا ہے۔

امراضیات۔ قرحیہ کا التہاب وہی تغیرات پیش کرتا ہے جو دوسری اتصالی بافت کے التہاب میں واقع ہوتے ہیں، مگر یہ تغیرات

اِس جھلّی کی وافر عروقیت اور اِس کے ہیکل (stroma) کے ڈھیلے پن کے لحاظ سے ترمیم یافتہ ہوتے ہیں۔ عروقِ دمویہ پھیل جاتے ہیں اور ہیکل (stroma) اور خزانۂ مقدم کے اندر لمف، لمفی خلیوں اور فائبرین کا ارتشاح ہوتا ہے۔ خلیے جو خزانۂ مقدم کے اندر جا پہنچتے ہیں مائیہ (aqueous) میں تکدّر پیدا کر دیتے ہیں اور قرنیہ کی پچھلی سطح سے



شکل ۱۶۱- کُرۂ چشم کے اگلے حصے کی تراش جس سے قزحیہ (iris) کے طبعی تعلقات (مجاورات) ظاہر ہوتے ہیں۔

شکل ۱۶۲- تراش جس سے حلقہ دار مؤخرالتصاق قزحیہ (Annular Posterior Synechia) اعتزالِ حدقہ (Seclusion of the Pupil) قزحیۂ بارز (Iris Bombe) ظاہر ہوتا ہے۔

شکل ۱۶۳- تراش جس سے کُلّی مؤخرالتصاق قزحیہ (Total Posterior Synechia) اور سدّ ِ حدقہ (Occlusion of the Pupil) ظاہر ہوتی ہے۔

چپک کر قرنی رسوبات بناتے ہیں۔ ممکن ہے کہ التہاب کے یہ تمام حاصلات بالکل جذب ہو جائیں، یا ممکن ہے کہ وہ مُعَضّی (organised) ہو جائیں اور فائبرینی مادّہ (fibrinous material) قزحیہ اور عدسہ کے اگلے غلاف کے درمیان انضمامات (چپکیاں) نیز غلافِ عدسہ پر مطروحات (جماؤ) بنا دے۔ مزمن التہابِ قزحیہ (chronic iritis) میں اور حاد التہابِ قزحیہ (acute iritis) کے مکرر حملوں کے بعد ممکن ہے کہ قزحیہ مذبول اور انحطاط یافتہ ہو جائے۔ ایسی حالت میں اُس کا رنگ تبدیل ہو کر میلا خاکستری (dirty gray) ہو جاتا ہے، اُس کی سطح پر سُرخ خطوط نئے عروق دمویہ کے نمایندے ہوتے ہیں۔ پتلی بطئی التعامل (sluggish in reaction) ہوتی ہے اور اُس کا حاشیہ پتلا اور ناہموار ہوتا ہے۔

علاج۔ (۱) ایٹروپین (atropine)، (۲) ڈایونین (dionin)، (۳) جونکیں، (۴) گرم تکمیدات (hot fomentations) (ٹکور)، (۵) سکون و آرام (۶) روشنی سے بچاؤ (۷) تسبیبی عامل کا علاج۔

179 ایٹروپین (atropine) قزحیہ کے امتلا کو کم کرتی ہے اِس حصّہ کو آرام سے رکھتی ہے، پُتلی کو پھیلا دیتی ہے (انبساطِ حدقہ =mydriasis)، اور اسطرح اِنضمامات (چپکیاں) نہیں پیدا ہونے دیتی اور جو انضمامات پہلے بن چکے ہیں اُن کو توڑ دینے کا رجحان رکھتی ہے۔ ابتداءً اسے ہر دوسرے گھنٹے ٹپکایا جائے، اور پتلی پھیل جانے کے بعد دن میں تین یا چار بار۔ جب التہاب بہت زیادہ ہوتا ہے تو

پتلی جلد نہیں پھیلتی۔ کوکین شریک کر دینے سے ایٹروپین کا فعل اکثر زیادہ (زوردار) ہو جاتا ہے۔ اگر ایٹروپین کے محلول کے، یا اس سے بھی بہتر یہ ہے کہ ایڈرینالین کے، یا ان دونوں کے آمیزہ کے ایک قطرے کا زیر ملتحمی اشراب (subconjunctival injection) حد قرنیہ (limbus) کے قریب اس مقام پر کر دیا جائے جو کسی سخت دشوار علاج چپکی (انضمام) کے متناظر ہو تو اس کا اثر اکثر یہ ہو گا کہ وہ چپکی چھوٹ کر آزاد ہو جائیگی، بشرطیکہ وہ تازہ ہی ہو۔ بعض حالتوں میں تسمم ایٹروپین (atropine-poisoning) کے مقامی یا نظامی علامات پیدا ہو جاتے ہیں۔ ایسی صورت میں ایٹروپین کی بجائے کوئی دوسری موسع حدقہ (پتلی کو پھیلانے والی) دوا استعمال کرنی پڑتی ہے (مثلاً ڈوبائسین: duboisine، ہیاسیامین: hyoscyamine، اسکوپولامین: scopolamine، ملاحظہ ہو باب ۳۱)۔ ایسی حالتوں میں اکثر بیلاڈونا کا آبی خلاصہ (aqueous extract of belladonna) (۱ : ۸) اچھا عمل کرتا ہے۔ استثنائی صورتوں میں ایٹروپین التہابی علامات میں زیادتی پیدا کر دیتی ہے، چنانچہ اسے موقوف کر دینا چاہیئے، اور اب ممکن ہے کہ ایک قابض حدقہ (myotic) دوا کارآمد ہو۔ ایٹروپین کے اس عمل کے رونما ہونے کا امکان اسوقت ہوتا ہے جبکہ تناؤ زیادہ ہو، اور بعض اوقات اسوقت جبکہ التہاب جسم ہدبی (cyclitis) بطور ایک پیچیدگی کے لاحق ہو جائے۔ التہاب قزحیہ میں اسوقت جبکہ قابض حدقہ ادویہ استعمال کی جائیں مسلسل نگرانی کی ضرورت ہوتی ہے، کیونکہ اندیشہ ہوتا ہے کہیں ایسا نہ ہو کہ انضمامات (چپکیاں)

بنجائیں اور ثانوی گلاکوما لاحق ہو جائے۔

ڈایونین (dionin) سے درد میں کسی قدر تخفیف ہو جاتی ہے، اور خون اور لمف کے دوران میں مقامی طور پر تحریک ہو کر اس سے رشحات (exudates) کے انجذاب میں مدد ملتی ہے۔

جونکیں (leeches)۔ کنپٹی پر دو یا تین جونکیں لگا دینے سے عموماً اچھا اثر ہوتا ہے۔ مصنوعی جونک (artificial leech) کا استعمال اب عملاً متروک ہے۔

تر اور گرم رفادات (compresses) روزانہ کئی گھنٹے استعمال کرنے سے حاد حالتوں میں درد اور التہاب کم ہو جاتا ہے۔ ضربی التہابِ قزحیہ (traumatic iritis) کی حالت میں التہاب کو ابتدائی درجہ ہی میں روکنے کی کوشش میں برفانی رفادات (iced compresses) استعمال کئے جا سکتے ہیں۔

حاد التہابِ قزحیہ (acute iritis) کے ابتدائی درجہ میں مریض کو بستر پر کامل آرام و سکون سے رکھنا علاج کا ایک اہم امدادی جز ہے۔

روشنی سے بچاؤ ضروری ہے، جس کے لئے دھنیلی عینک (smoked glasses) یا سایہ کیا ہوا کمرہ (shaded room) (جس میں شیشے وغیرہ روشنی کے تمام راستے رنگین پردوں وغیرہ سے ڈھانک دیئے گئے ہوں) کام میں لایا جا سکتا ہے۔

اجنبی پروٹین (foreign protein) کا اشراب (مثلاً ۵ تا ۱۰ مکعب سم عقیم دودھ کا اشراب سُرین کے اندر) اکثر نہایت کارآمد

ہوتا ہے، خاصکر اُن حالتوں میں جن میں فائبرینی رشحہ (exudate) موجود ہو۔

دوسری اہم تدبیریں حسب ذیل ہیں :- ہلکی غذا، شراب سے پرہیز، ایک تیز مسہل اور نزدیک کے کاموں (پڑھنے لکھنے وغیرہ) کے لئے آنکھ کے استعمال سے پرہیز۔

180

بنیئی علاج (constitutional treatment) ایسا ہونا چاہئے جس میں اُن دواعی (indications) کا لحاظ ہو جو اِس مرض کی مختلف قسموں میں ضروری ہیں۔ (مثلاً) آتشکی التہاب قزحیہ (syphilitic iritis) میں سیماب یعنی پارہ (mercury) عموماً بذریعہ تمریخ (inunction) اِس حد تک دیا جاتا ہے کہ کثرتِ ریق (salivation) شروع ہو جائے۔ پھر حاد علامات کم ہو جانے کے بعد اُس کے بجائے مخلوط علاج (پارہ اور آیوڈائڈ آف پوٹاسیئم) سے کام لیا جاتا ہے۔ سالورسان (salvarsan) کے اثرات سے اکثر بہت جلد فائدہ ہوتا ہے۔ بعض ایسی حالتوں میں جن میں مرض کا اصلی سبب دریافت نہیں ہو سکتا، پارہ کی تھوڑی مقادیر مفید اثر رکھتی ہیں۔ روماتزمی (نقرسی) حالتوں میں سیلی سلیٹ آف سوڈیئم (salicylate of sodium) کی بڑی مقادیر اسپرین کی تھوڑی مقداروں کے ساتھ دینے سے حالت میں اصلاح ہو کر درد میں تخفیف ہوتی ہے۔ یہ دوا دوسری قسموں میں بھی درد کے لئے مسکّن اثر رکھتی ہے۔ تدرنی (tuberculous) حالتوں میں ماورائے بنفشئی روشنی (ultra-violet light) کے ذریعہ عمومی علاج کا اثر اکثر مفید ہوتا ہے۔

بعض حالتوں میں ٹیوبرکیولین (tuberculin) واعیہ علاج ہے۔ سوزاکی حالتوں میں مُجدرینات (vaccines) کے استعمال سے اور بعد کے درجہ میں قدامی دَلک (prostatic massage) اور مؤخر مجری البول کے نطول (irrigation of the posterior urethra) سے فائدہ ہوتا ہے۔

بَزل (paracentesis) کبھی کبھی تناؤ کو کم کرنے کی غرض سے نیز عسیر العلاج حالتوں میں مرض کی رفتار پر مفید اثر پیدا کرنے کے لئے اختیار کیا جاتا ہے۔ انھیں وجوہ کی بنا پر پہلے قزحیہ برآری (iridectomy) کا عملیہ کیا جاتا تھا۔ لیکن قاعدہ ہے کہ عملیاتی طریقے صرف التہابی علامات کم ہو جانے کے بعد، عواقب (sequelæ) کے تدارک کے لئے کار آمد ہوتے ہیں۔

سریری اقسام (clinical varieties) - آتشکی التہاب قزحیہ (syphilitic iritis) ایک نہایت عام قسم ہے۔ اس کا وقوع اکتسابی آتشک (acquired syphilis) کے دوسرے درجہ میں ہوتا ہے۔ یہ التہاب قزحیہ عموماً حاد ہوتا ہے۔ دوسری آنکھ پہلی آنکھ کے بعد جلد ہی ماؤف ہو جاتی ہے۔ اس میں کم و بیش تکوینی رشحیہ (plastic exudation) اور چوڑے چوڑے التصاقات قزحیہ (synechiæ) ہوتے ہیں۔ بعض حالتوں میں زردی مائل عروقی گرہیں ہوتی ہیں، جو اکثر قزحیہ کے حدقی کنارے پر واقع ہوتی ہیں (شکل ۱۵، صفحہ ۱۲)۔ درد نمایاں نہیں ہوتا اور اگر برابر علاج کیا جائے تو نکس مرض (relapse) عام نہیں ہے۔ التہاب قزحیہ کے ساتھ آنکھ کے اندر آتشک کے دوسرے ظواہر بھی نمودار

ہوتے ہیں، مثلاً التہابِ مشیمیہ و شبکیہ (choroido-retinitis)، وغیرہ۔ کبھی کبھی زخنکی التہابِ قرنیہ (interstitial keratitis) کے ساتھ التہابِ قزحیہ (iritis) بطورِ پیچیدگی کے واقع ہوجاتا ہے۔

التہابِ قزحیہ کی ایک حاد قسم اکثر روماتزم سے منسوب کیجاتی ہے لیکن شاید یہ کہنا زیادہ صحیح ہوگا کہ روماتزم اور التہابِ قزحیہ اکثر ایک مشترک سبب سے پیدا ہوجاتے ہیں۔ اس کا حملہ بعض اوقات صرف ایک ہی آنکھ پر ہوتا ہے، لیکن بیشتر اوقات دونوں آنکھیں ماؤف ہو جاتی ہیں۔ یہ خاصکر بالغوں میں ہوتا ہے۔ اس میں انصباب مصلی (serous effusion) ہوتا ہے جس کے ساتھ چند خلیات ہوتے ہیں۔ دردِ نمایاں ہوتا ہے، اور نکس (عَود مرض) عام ہے۔ غالباً ان میں بہت سی حالتیں سوزاکی مبداء کی ہوتی ہیں۔ 181

سوزاکی التہابِ قزحیہ (gonorrhœal iritis)

کبھی کبھی ان لوگوں میں دیکھنے میں آتا ہے جو سوزاک یا زنفہ (gleet) (جریان) میں مبتلا ہوں۔ بہت سی حالتیں جو روماتزمی کہلاتی ہیں، اصل سوزاکی ہوتی ہیں۔ رشحہ (exudate) تکوینی ہوتا ہے، دردِ نمایاں ہوتا ہے اور نکس عام ہیں۔ سوزاکی نبقات کے جُدرینات (gonococcic vaccines) کے اثرات داعیہ علاج ہیں، اور اکثر اسیطرح مفید ہوتے ہیں جسطرح کہ غدۂ قدامیہ کی مالش (دَلکِ قدامی :prostatic massage) اور مؤخر مجریٔ البول کا نطول۔ ان دونوں کو التہابِ قزحیہ میں سکون ہونے کے بعد استعمال کیا جاتا ہے، بسبب مرض کے تدارک اور نکسِ مرض کو روکنے کے لئے۔

متعفّن سرایت (septic infection) کے باعث التہابِ قزحیہ (iritis) ۔ بوسیدہ دانت (ریچ: pyorrhœa، گرد راسی خراج (periapical abscess: عفونتی لوزتین (septic tonsils)، اضافی انفی جوفوں (nasal accessary sinuses) کی سرایت، عوارضِ ہاضمہ، التہابِ قولون (colitis)، مزمن قبض، متعفّن زخم، یا اور کوئی ایسا ذریعہ جو ذاتی تسمّم (auto-intoxication) کا سرچشمہ بنجائے، التہابِ قزحیہ پیدا کر سکتا ہے۔ سببِ مرض کا کھوج لگانا چاہیئے اور اگر ممکن ہو تو اس کا ازالہ کیا جائے۔

ذیابیطسی التہابِ قزحیہ (diabetic iritis) ۔ اس کی نوعیت تکوینی (plastic) ہوتی ہے، اور مرض مزمن ہوتا ہے۔

تدرّنی التہابِ قزحیہ (tuberculous iritis) ایسی قسم ہے جو عام نہیں۔ یہ خاصکر بچوں اور نوعمر بالغوں میں پایا جاتا ہے، اور اس کے ساتھ جسم کے دوسرے حصّوں میں تدرّن کا ہونا لازمی نہیں۔ یہ دو قسموں میں پایا جاتا ہے: (۱) دُخنی (miliary)، جس میں ہدبی یا حدقی کنارے کے پاس چھوٹی چھوٹی کسی قدر خاکستری رنگ کی گرہکیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ (۲) قزحیہ کے ہدبی حصہ میں ایک منفرد زردی مائل بھورا تودہ ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ درنی مطروحات موافق حالات میں کُلّی طور پر جذب ہو جائیں۔ اس کے برعکس یہ بھی ممکن ہے کہ درنی عمل بالآخر کرۂ چشم کو تلف کر دے۔ علاج وہی ہے جو عموماً التہابِ قزحیہ میں اختیار کیا جاتا ہے، اور اس کے ساتھ تدرّن (tuberculosis) کا علاج بھی کیا جائے۔

اگر کسی حالت میں آنکھ ضائع ہو چکی ہو مگر جسم کے کسی دوسرے حصہ میں تدرن کی کوئی علامت موجود نہ ہو تو کرہ چشم کو نکال دینا چاہئے۔

قزحیہ کے سلعات (رسولیاں)

(TUMOURS OF THE IRIS)

یہ حسب ذیل ہو سکتے ہیں: (۱) التہابی (inflammatory)، (الف) آتشکی۔ (ب) تدرنی۔ ان دونوں کو ابھی بیان کیا گیا ہے، اور (۲) نوبالیدگیاں (new growths): دُوبرہ (cyst)، میلانینی سلعہ (melanoma) اور لحمی سلعہ (sarcoma)، جو سب نادر الوقوع ہیں۔

قزحیہ کی چوٹیں

182

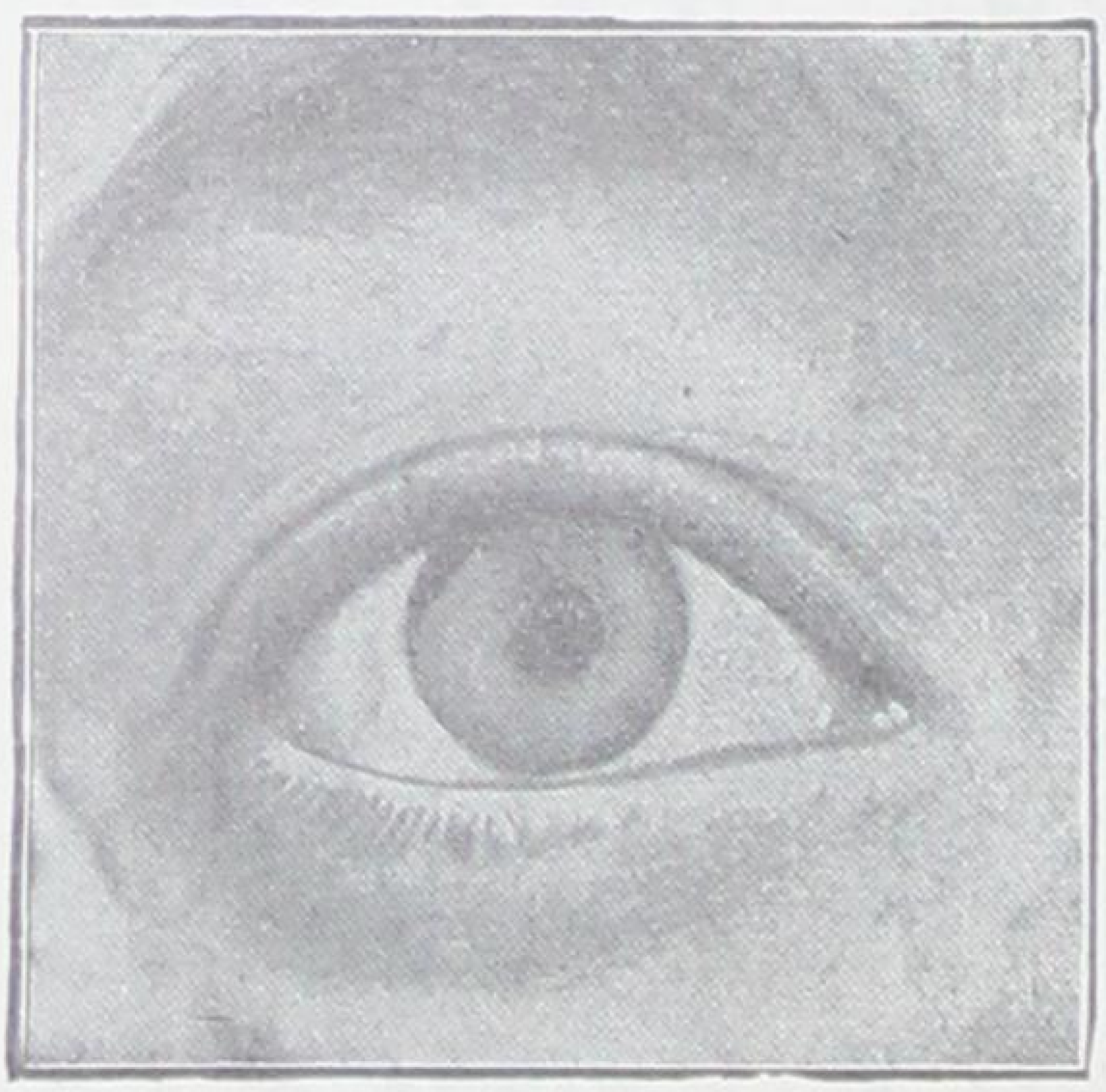
(INJURIES OF THE IRIS)

یہ غیر ثاقب (non-perforating) اور ثاقب (perforating) ہو سکتی ہیں۔

۱۔ غیر ثاقب تضررات (non-perforating injuries)

[ارتجاج (concussion)، کرہ چشم پر گھونسے] نتائج ذیل پیدا کر سکتے ہیں:۔ (الف) انبساطِ حدقہ (mydriasis)، (ب) حدقی کنارے کی دریدگی یا چاک (tear)۔ ان دونوں حالتوں میں ایسیرین (eserine) دائمیہ علاج ہے۔ (ج) قزحیہ پاشیدگی یا تخلیصِ قزحیہ (iridodialysis)۔ اس میں قزحیہ کا ہدبی کنارا علیحدہ ہو جاتا ہے (شکل ۱۶۴)، اور اس کے لئے ایٹروپین (atropine) کی ضرورت ہوتی ہے۔

ثاقب تضررات (perforating injuries) عموماً عدسہ کے یا آنکھ کے دوسرے حصّوں کے زخموں کی موجودگی کے باعث پیچیدہ ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ کرۂ چشم کا ایک ثاقب زخم قزحیہ (iris) کو پھاڑ دے یا اُسے محض قرنیہ کے زخم میں سے یا ہدبی خِطّے کے زخم میں سے باہر نکل آنے دے (بروز :prolapse)۔ ایسی حالتوں میں ایک ہلکے مُصفّی غسول سے زخم کا غسول (irrigation) کرکے بروز یافتہ (بارز) حصّے کو کاٹ ڈالنا چاہیئے، اور کٹی ہوئی کوروں کو ایک وضّاع (repositor) کے ذریعہ زخم میں سے بہ احتیاط ہٹا کر آنکھ میں ایٹروپین کے قطرے ٹپکانے کے بعد پٹی باندھ دینی چاہیئے۔ اگر اس قسم کے عملیہ سے پہلے خزانۂ مقدم (anterior chamber) اجتماع مائیہ ہو کر ازسرنو بن چکا ہے تو قزحیہ کے



شکل ۱۶۴۔ قزحیہ پاشیدگی (Iridodialysis)

ستونوں (iris pillars) کو اُن کی اصلی جگہ پر بحال کرنے کا ایک آسان طریقہ یہ بھی ہے کہ ایک چھوٹے قرنیہ تراش (keratome) سے حدِّ قرنیہ (limbus) پر ایسا شگاف دیا جائے جو زخم سے زاویۂ قائمہ پر ہو اور زخم سے جسقدر ممکن ہو دُور ہو۔ بروز یافتہ قزحیہ کے کاٹ ڈالنے کے بعد اگر ضرورت ہو تو اِسی شگاف میں سے آلۂ وضّاع (repositor) اندر داخل کیا جا سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایک جسمِ غریب (foreign body)

قرنیہ میں سے گذر کر قزحیہ پر جم جائے۔ ایسی حالت میں ایک نیزک نما چاقو (lance-knife) سے حدِ قرنیہ پر ابتدائی شگاف دینے کے بعد اُس ذرّہ کو ایک غیر مُسنّن چمٹے (non-toothed forceps) سے نکال دینا چاہیئے۔ اگر جسمِ غریب مقناطیسی (magnetic) ہے تو اُسے صفحہ 241 پر بیان کیے ہوئے طریقہ سے ایک مقناطیس (magnet) کے ذریعہ نکالا جاسکتا ہے۔ اگر یہ کوششیں ناکام رہیں تو قزحیہ کے اُس حصّے کو جس پر جسمِ غریب جاگزین ہے، زخم میں سے کھینچ کر قطع کر دینا چاہیے۔

قزحیہ کے عملیات

183

(OPERATIONS UPON THE IRIS)

قزحیہ برآری (Iridectomy) ۔ یہ ایک عملیہ ہے جو قزحیہ پر اکثر کیا جاتا ہے۔ اِسے گلاکوما (زرق الماء) کے ساتھ بیان کیا گیا ہے (صفحہ 224)، کیونکہ یہ عملیہ اُس مرض میں بھی داعیۂ علاج (ضروری) ہوتا ہے۔

قزحیہ شگافی (Iridotomy) اور غلافی قزحیہ برآری (Iridocystectomy) وہ عملیات ہیں جن کی ضرورت خوش قسمتی سے شاذونادر ہی ہوتی ہے۔ اِن کو عمل میں لانے کا موقع اُس وقت ہوتا ہے جبکہ چوٹ یا موتیابند کے عملیہ کے بعد عدسہ (lens) ضائع ہو چکا ہو اور پُتلی التہاب کی وجہ سے مسدود ہو یا ندبہ (cicatrix) کی طرف کھنچ آئی ہو۔ قزحیہ شگافی (iridotomy) کے عملیہ میں زیگلر کے چاقو (Ziegler's knife) یا گریفے کے چاقو (Graefe knife)

یا ایک مخصوص کلابی قینچی (forceps-scissors) کے ذریعہ، جو قرنیہ کے ایک چھوٹے شگاف میں سے اندر داخل کی جاتی ہے، قزحیہ کے ریشوں کو عرضاً کاٹ دیا جاتا ہے۔ غلافی قزحیہ برآری (iridocystectomy) میں قرنیہ تراش (keratome) کے ذریعہ قرنیہ میں سے ایک شگاف دیا جاتا ہے، اور ایک کُند خطاف (blunt hook) یا کلاب (forceps) کے ذریعہ غلاف (capsule) اور قزحیہ کی کور کو باہر کھینچ کر ایک ٹکڑا کاٹ دیا جاتا ہے۔ ان دونوں عملیوں کی غرض مصنوعی حدقہ (artificial pupil) بنانا ہے۔ عملیتی اعتبار سے نتیجہ خواہ کتنا ہی کامل اور بے نقص ہو مگر جہاں تک بصارت کا تعلق ہے اس میں ان زجاجی عتمات (vitreous opacities) کی وجہ سے جو سابقہ التہاب سے پیدا ہو جاتے ہیں، عموماً نقص واقع ہو جاتا ہے۔

پُتلی

(The Pupil)

طبعی پُتلی گول ہوتی ہے اور اس کا محیطی خاکہ (گرد) (outline) یکساں ہوتا ہے۔ وہ نوعمروں میں معمر سن رسیدہ لوگوں کی نسبت بڑی ہوتی ہے۔ جسامت میں دونوں آنکھوں کی پتلیوں کو برابر ہونا چاہیے۔ ایک پُتلی پر شدت تنویر (intensity of illumination) کو بدلنے سے دونوں پتلیوں کو یکساں طور پر متاثر ہونا چاہیے۔ پُتلی کے حرکات انقباض (contraction) (سکڑنا) اور انبساط (dilatation) (پھیلنا) ہیں۔ قزحیہ (iris) کے انقباضی ریشوں، یعنے عضلہ عاصرہ حدقہ

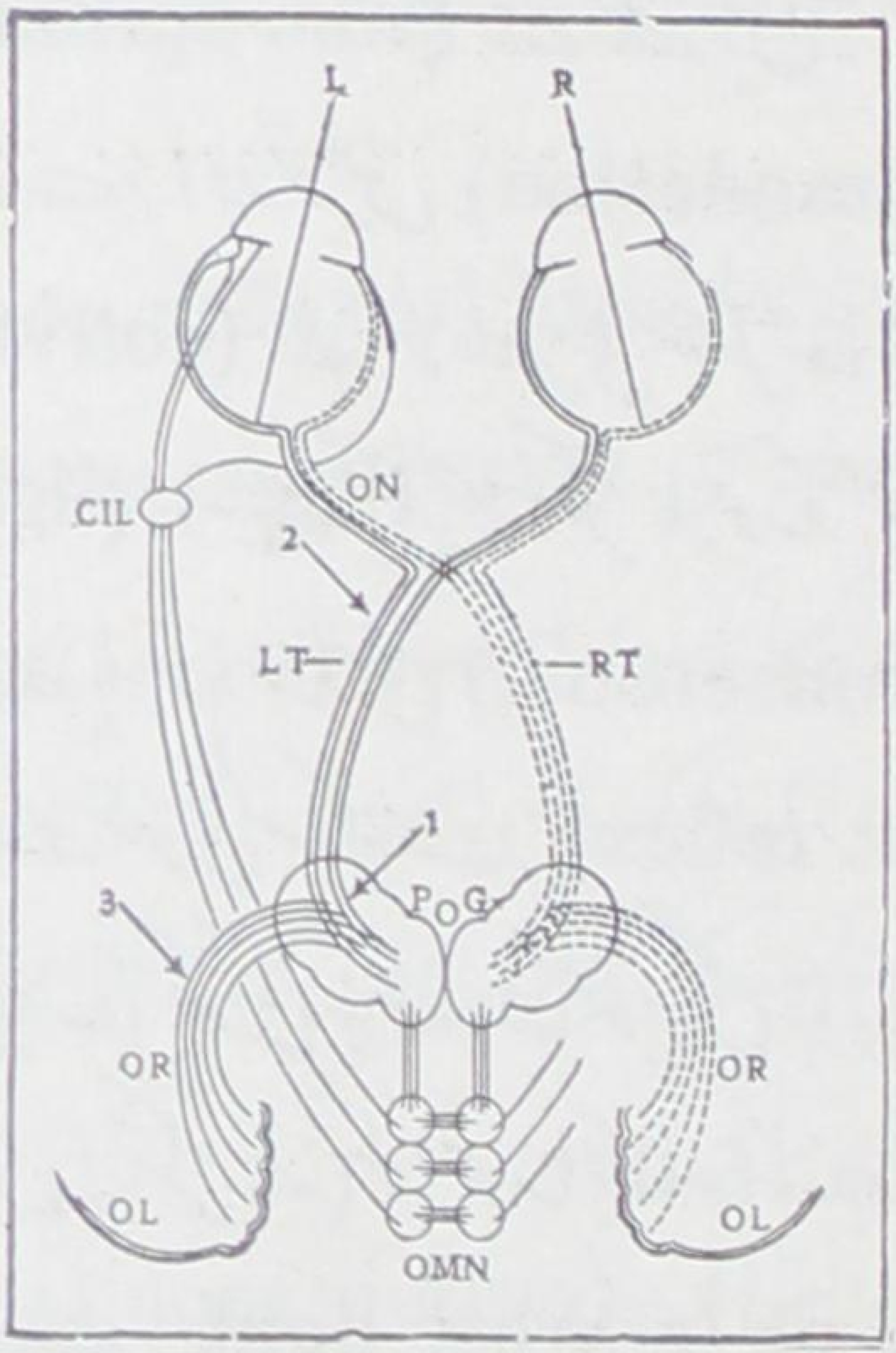
(sphincter pupillæ muscle) کو عصبِ سویم (third nerve) سے عصبی رسد پہنچتی ہے۔ مؤخر تحدیدی غشاء (posterior limiting membrane) کے مُتوسع ریشوں کی عصبی رسد کے متعلق خیال کیا جاتا ہے کہ وہ عصبِ مشارکی (sympathetic) سے حاصل ہوتی ہے۔ قزحیہ کے عروق دمویہ (جن کی عصبی رسد بھی مشارکی سے حاصل ہوتی ہے) پُتلی کی فاعلی توسیع (active dilatation) میں خاص عامل کا کام دیتے ہیں، یعنے ان عُروق کے سکڑنے سے قزحیہ میں کھنچاؤ (narrowing) ہوتا ہے جس سے پُتلی پھیل جاتی ہے۔

پتلی کا سکڑنا محرک العین (oculomotor) عصب کے تہیج (stimulation) اور مشارکی کے شلل (paralysis) سے عمل میں آتا ہے۔ اُس کا پھیلنا عصبِ سویم کے شلل سے یا مشارکی تہیج کے تابع ہوتا ہے۔

محرک العین عصب کے ریشے ہدبی عقدہ (ciliary ganglion) اور ہدبی اعصاب قصیرہ (short ciliary nerves) میں سے ہوکر منتقل ہوتے ہیں۔ عصبِ سویم کا مبدائی نواتہ، جو قزحیہ کے حرکات سے وابستہ ہے، مصیفِ سلویوس (aqueduct of Sylvius) کے فرش میں قیام رکھتا ہے اور تین حصوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے: (۱) وہ حصہ جس سے قزحیہ کے عاصر ریشے (sphincter fibres) نکلتے ہیں۔ (۲) وہ حصہ جو توفیق (accommodation) میں (بذریعہ عضلۂ ہدبیہ (ciliary muscle) بروئے کار آتا ہے، اور (۳) وہ حصہ جو استدقاق یا تقارب (convergence) سے متعلق ہے (بذریعۂ داخلی مستقیمہ

184

(internal rectus:)۔ منتشر کی یا موسّع ریشے (dilating fibres)



شکل ۱۶۵۔ استبصاری اور حدقی انعکاسی راستے

(Visual and Pupillary Reflex Paths)

L بائیں آنکھ۔ **R** دائیں آنکھ۔ **ON** عصب بصری (optic nerve)۔
LT بایاں خطۂ بصری (left optic tract)۔ **RT** دایاں خطۂ بصری (right optic tract)۔
POG ابتدائی بصری عقدے۔ **OMN** محرک عینی کے نوات۔ **OR** اشعاعات بصریہ۔
OL قذالی لختہ۔ **CIL** ہدبی عقدہ۔ 1۔ اِس مقام پر ریشوں کو قطع کر دینے سے کسی جانب کے بائیں نصف شبکیہ پر روشنی ڈالنے پر روشنی کا حدقی تعامل مفقود ہو جاتا ہے۔
2۔ اِس مقام پر قطع کرنے سے بھی وہی اثر ہوتا ہے مع دائیں ہم آہنگ نیم بصری (right homonymous hemiopia) کے۔ 3۔ اس مقام پر قطع کرنے سے دائیں ہم آہنگ نیم بصری پیدا ہوتی ہے مگر اس کے ساتھ روشنی کا حدقی تعامل محفوظ رہتا ہے۔

عنقی حبل شوکی (cervical spinal cord) کے زیرین حصہ کے ہدبی شوکی مرکز (cilio-spinal centre) سے نکلتے ہیں۔

روشنی میں آنے سے، اور توفیق (accommodation)، اور استدقاق (convergence) کے اثر سے پتلی سکڑ جاتی ہے انقباض ضوئی (light contraction) (یعنے پتلی کا سکڑنا جو روشنی کے اثر سے ہوتا ہے) یا تو راست ہوتا ہے یا ہم احساسی (consensual) (یعنے معکوس تہیج کے اثر سے)۔ راست ضوئی معکوسہ (direct light reflex) حاصل کرنے کے لئے ایک آنکھ کی بہ شدت تنویر کی جاتی ہے اور اس آنکھ کی پتلی کے انقباض (سکڑنے) کو بغور دیکھا جاتا ہے۔ ہم احساسی یا بالواسطہ ضوئی معکوسہ (consensual or indirect light reflex) حاصل کرنے کے لئے ایک آنکھ میں روشنی ڈالکر دوسری آنکھ کی پتلی کے انقباض کو غور سے دیکھا جاتا ہے۔ توفیقی اور استدقاقی معکوسہ (accommodation and convergence reflex) حاصل کرنیکا یہ طریقہ ہے کہ مریض کے چہرے کے سامنے چند انچ فاصلہ پر خط وسطی میں کوئی چیز رکھکر اُسے اُس کی طرف دیکھنے کی ہدایت کی جاتی ہے ایسا کرنے پر اُس کی پتلیاں سکڑتی ہوئی دکھائی دینگی۔ یہ تینوں افعال باہم متلازم (associated) ہوتے ہیں۔

185

جب روشنی میں تکشف کے اثر سے پتلی سکڑ کر جسامت میں کم ہو جاتی ہے تو اُس کا یہ انقباض (سکڑنا) کامل طور پر مسلسل نہیں ہوتا بلکہ انقباضی عرصہ کے دوران میں اُس میں متعدد دقیق اہتزازات (minute oscillations) واقع ہوتے ہیں۔ جب یہ اہتزازات زور دار اور

نمایاں ہوتے ہیں تو اس حالت کو اِرتِشاعِ حدقہ (hippus) کہتے ہیں۔ یہ ارتشاع دوجانبی، اور مرکزی مبدا کا ہوتا ہے لیکن اِس کا سبب اور اہمیت نامعلوم ہے۔

پُتلی کے انبساطی معکوسات (dilatation reflexes) (راست direct: اور ہم احساسی :consensual دونوں) اُس وقت دیکھے جاتے ہیں جبکہ آنکھ کو ڈھانک دیا جائے، اور جب کسی دور کی چیز کی طرف دیکھا جائے۔ علاوہ ازیں ایک حسّی معکوسہ (sensory reflex) بھی ہوتا ہے۔ جب حسّی اعصاب کو متہیج کیا جاتا ہے، مثلاً جلد کو کھجلا کر یا گدگدا کر، تو دونوں پُتلیاں پھیل جاتی ہیں۔

ہم احساسی انقباض (consensual contraction) کی توضیح اِس حقیقت سے ہو سکتی ہے کہ آنکھ میں روشنی کا تہیج (stimulus) عصب بصری (optic nerve) کے ذریعہ منتقل ہو کر دونوں بصری خطوں (optic tracts) میں جاتا ہے اور اِس طرح وہ ہر دو جانب کے عصب سوئم کے نوات (nucleus of the third nerve) کو پہنچتا ہے (شکل ۱۶۵)۔ ایک آنکھ کی نابینائی اِس آنکھ کے راست معکوسہ (direct reflex) کو زائل کر دیتی ہے، مگر اس کا ہم احساسی معکوسہ (consensual reflex) محفوظ اور برقرار رہتا ہے۔

بعض امراضیاتی حالتوں میں ممکن ہے کہ ضوئی معکوسہ (light reflex) بصارت میں مداخلت کے بغیر ہی زائل ہو جائے۔ آرگائل رابرٹسنی حدقہ (Argyll-Robertson pupil) جو تحرّک کی بے نسقی (locomotor ataxia) کی ایک کثیر الوقوع علامت ہے، ایسی پُتلی ہوتی ہے جو

توفیق (accommodation) اور استدقاق (convergence)
کے ساتھ تو سکڑ جاتی ہے مگر روشنی سے نہیں متأثر ہوتی۔ عموماً اِس حالت
کے ساتھ انقباضِ حدقہ (miosis) موجود ہوتا ہے۔ اس حالت کی توجیہ
یہ بیان کی جاتی ہے کہ عصبِ بصری سے لیکر محرک العین عصب کے نوات
(oculomotor nucleus) تک جانے والے رہگذر میں مزاحمت
ہو جاتی ہے، مگر توفیق اور استدقاق کے مرکزوں کے تعلقات اور
اتصالات غیر متأثر رہتے ہیں۔ اِس قسم کی پُتلی کو "لمنابی حدقہ" ("tonic
pupil") کے ساتھ خلط ملط نہیں کرنا چاہئے، جس کے ساتھ اکثر رکبی رجفہ
(knee-jerk) (گھٹنے کا جھٹکا) غیر موجود ہوتا ہے اور جو نظامِ عصبی کے
کسی خطرناک مرض پر دلالت نہیں کرتا۔ ایسی پُتلیاں عموماً یک جانبی
ہوتی ہیں۔ اگرچہ یہ بظاہر روشنی سے غیر متأثر رہتی ہیں، لیکن تاریک حجرے
میں ٹھہرے رہنے کے بعد اکثر تعامل ظاہر کرتی ہیں۔ یہ اپنے مقابل جانب
کی غیر ماؤف پُتلی کی نسبت زیادہ بڑی ہوتی ہیں اور استدقاق (convergence)
واقع ہونے پر ایک وسیع و عریض تجوّل (wide range) کو طے کر کے
محض بتدریج سکڑتی ہیں۔ پُتلیوں کے ممتاز خصوصیات — اُن کی جسامت،
اُن کی مساوات، اور اُن کے معکوسات — نظامِ عصبی کے مختلف امراض
کی تشخیص کے لئے اور دماغی اضرار (cerebral lesions) کے محلِ وقوع
کی تعیین (تمیز :localization) میں نہایت اہم اور کارآمد ہوتے ہیں۔ 186
اسی واسطے اُن درآرندہ (afferent) اور برآرندہ (efferent) راستوں
سے واقف ہونا ضروری ہے، جو پُتلی کی حرکات پر مقتدر ہیں (اشکال ۱۶۵
اور ۲۴۳ الف، اور صفحہ ۲۵) درآرندہ سوقہ (afferent impulse)

کا مرشِ شبکیہ (retina)، عصبِ بصری (optive nerve)، دونوں بصری خطّے (optic tracts)، اجسامِ رباعیۂ توأمیہ (corpora quadrigemina)، اور عصبِ سویم کے وہ مبدائی نوات ہیں جو مصیفِ سلویوس (aqueduct of Sylvius) کے فرش میں واقع ہیں (دونوں جانبوں کے درمیان ایک رابطہ موجود ہوتا ہے)۔

برآئندہ سوقہ (efferent impulse) دونوں جانبوں پر ان نواتوں سے روانہ ہو کر عصبِ سویم ہدبی عقدہ (ciliary ganglion) اور ہدبی اعصابِ صغیرہ (short ciliary nerves) میں سے گذرتا ہوا قزحیہ (iris) کو پہنچتا ہے۔

باسطاتِ حدقہ (mydriatics) اور قابضاتِ حدقہ (miotics) کا بیان عینی علاجیات (Ocular Therapeutics) کے باب میں اور صفحہ 383 پر درج کیا گیا ہے۔ نیم بصری حدقی معکوسہ (hemianopic pupillary reflex) کی توضیح صفحہ 320 پر درج ہے۔

باب دوازدہم

187

جسمِ ہدبی کے امراض

(DISEASES OF THE CILIARY BODY)

تشریح - جسمِ ہدبی (ciliary body) عروقی پردہ (tunica vasculosa) کا وہ حصہ ہے جو قزحیہ (iris) کے قاعدہ سے لیکر مشیمیہ (choroid) کے اگلے حصہ تک پیچھے کی طرف پھیلتا ہے۔ اُس میں زوائد ہدبیہ (ciliary processes) اور عضلۂ ہدبیہ (ciliary muscle) شامل ہیں۔ اُسکی طولی تراش مثلثی شکل کی ہوتی ہے، جس کا تنگ قاعدہ سامنے کی طرف ہوتا ہے۔ اس قاعدہ سے قزحیہ (iris) نکلتا ہے۔ مثلث کا بیرونی ضلع عضلۂ ہدبیہ (ciliary muscle) سے بنتا ہے، اندرونی ضلع دو حصوں میں تقسیم کیا جا سکتا ہے: اگلا حصہ، جس پر زوائد ہدبیہ (ciliary processes) لگے ہوئے ہوتے ہیں، اور پچھلا حصہ جو ہموار ہوتا ہے۔

عضلۂ ہدبیہ (ciliary muscle) (عضلۂ توفیق (muscle of accommodation:) غیر مخطط عضلی ریشوں سے بنتا ہے، جو بنڈلوں میں مرتب ہوتے ہیں، ایک دوسرے سے متواتر متصل ہو کر ایک قسم کا ضفیرہ (plexus) بنا دیتے ہیں، اور تین مختلف سمتوں یعنے خطِ ہاجرہ میں (meridionally)، تشعّعی رُخ میں اور مدوّر

یا حلقہ دار صورت میں، دوڑتے ہیں۔ مدوّر اور طولی ریشوں کا باہمی تناسب آنکھ کی انعطافی (refractive) حالت کے اعتبار سے مختلف ہوتا ہے۔ دراز نظری (hypermetropia) کی حالت میں مدور گروہ خوب نمو یافتہ ہوتا ہے (شکل ۲۷۵ ب) لیکن قصر البصر یا کوتاہ نظری (myopia) میں یہ گروہ مذبول (atrophied) ہوتا ہے (شکل ۲۷۶)۔ جب عضلۂ ہدبیہ (ciliary muscle) منقبض ہوتا ہے تو وہ اپنے ساتھ زوائد ہدبیہ (ciliary processes) اور مشیمیہ (choroid) کو سامنے اور اندر کی جانب کھینچتا ہے، جس سے رباطِ معلق (suspensory ligament) ڈھیلا پڑ کر عدسہ کو زیادہ محدب ہو جانے کا موقع ملتا ہے۔

زوائد ھدبیہ تقریباً ستر (۷۰) دھراؤ (چُنٹیں) یا ابھار ہیں، جو خطِ ہاجری میں (meridionally) مرتب ہو کر ایک دائرہ بنا دیتی ہیں! انکی ساخت وہی ہے جو کہ باقی مشیمیہ (choroid) میں پائی جاتی ہے، بلکہ یہ نسبتہً اور بھی زیادہ عروقی ہوتے ہیں۔ یہ اندرونِ چشم میں اُن غذائی سیالات کا افراز کرتے ہیں جو منفصلہ حصوں، بالخصوص قرنیہ، عدسہ اور زجاجیہ (vitreous) کے کچھ حصے، کو تغذیہ پہنچاتے ہیں۔ جسمِ ہدبی (ciliary body) کی اندرونی سطح تین تہوں سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے: باہر ایک متجانس غشا سے جو قزحیہ کی مؤخر تحدیدی غشا (posterior limiting membrane) کے ساتھ مسلسل ہوتی ہے۔ اِس کے بعد لونی سرحلمہ (pigment epithelium) ہے۔ اندر کی طرف، زجاجیہ سے متصل، اُستوانی غیرلونی خلیات (cylindrical non-pigmented cells) کی ایک تہ ہے۔

جسمِ ہدبی کو قزحیہ کے دائرۂ کبیر (greater circle) کی شاخوں سے اور مقدم ہدبی شرائین (anterior ciliary arteries) سے رسد پہنچتی ہے۔ وریدیں، جن سے زوائد ہدبیہ (ciliary processes) کا بیشتر حصہ بنتا ہے،

پیچھے کی طرف مشیمیہ کی اورعیہ دُوّامہ (venæ vorticosæ) (گردابی وریدیں) کو جاتی ہیں۔ عضلہ ہدبیہ (ciliary muscle) میں سے آنے والی وریدوں میں سے چند وریدیں پیچھے کو جاکر، صلبیہ (sclera) کو چھید کر مقدم ہدبی شرائین (anterior ciliary arteries) کے ساتھ ساتھ ملتحمہ کے نیچے دوڑتی ہیں۔ یہی بنفشئی زیر ملتحمی عروق ہیں جو ہدبی استشراب (ciliary injection) میں اور زیادہ گہرے امتلا (گلاکورما) میں پیچھے کی طرف دوڑتی ہوئی نظر آتی ہیں۔ یہ ملتحمی وریدوں (conjunctival veins) کے ساتھ تفمم کرتی ہیں، اور قنالِ شلیم (Schlemm's canal) سے رابطہ رکھتی ہیں۔

188

التہابِ جسمِ ہدبی وعنبیہ

(Cyclitis and Uveitis)

جیسا کہ پہلے بتایا جا چکا ہے، التہابِ قزحیہ (iritis) اکثر التہابِ جسمِ ہدبی (cyclitis) کے ساتھ ہوتا ہے (التہابِ قزحیہ وجسمِ ہدبی (iridocyclitis:۔ اگرچہ التہابِ جسمِ ہدبی (cyclitis) کے غیر مخلوط اصابات بھی واقع ہوا کرتے ہیں، مگر وہ عام نہیں ہیں۔ عموماً جسمِ ہدبی (ciliary body) کے التہاب میں عنبیتی خطے (uveal tract) کے متصل حصے بھی ماؤف ہوجایا کرتے ہیں۔

عملاً التہاب قزحیہ وجسم ہدبی (iridocyclitis) کی اصطلاح اُن اصابات کے لئے مختص ہے جن میں التہاب قزحیہ کے علامات کے ساتھ جسمِ ہدبی کی مشارکت کے قطعی شواہد موجود ہوں۔

اقسام ۔ التہاب جسم ہدبی (cyclitis) (التہابِ قزحیہ وجسمِ ہدبی iridocyclitis :) کو حسب ذیل اقسام میں تقسیم کیا جا سکتا ہے :۔ (۱) حاد (۲) مزمن، یا التہابِ عنبیہ (uveitis) ۔ (الف) خفیف قسم، اور (ب) شدید قسم ۔ (۳) ریمی (purulent)، اور مشارکی (sympathetic)۔

۱۔ حاد التہاب قزحیہ وجسمِ ہدبی

(ACCUTE IRIDOCYCLITIS)

حاد التہابِ قزحیہ وجسمِ ہدبی ایسی صورت پیش کرتا ہے جو التہاب قزحیہ (iritis) کے حاد حملہ کی ہوتی ہے، اور مزید برآں اُس کے ساتھ ذیل کے علامات کا اضافہ ہوتا ہے جن سے جسمِ ہدبی (ciliary body) کی ماؤفیت ظاہر ہوتی ہے :۔ نمایاں گرد قرنیتی اشراب (circumcorneal injection)، ہدبی خطے میں الیمیت، اوپر کے پپوٹے کا ورم، مائیہ (aqueous) کا تکدر (گدلا پن) (کبھی کبھی کوشکی ریم : hypopyon، یا دروں چشمی نزف : hyphæmia)، خزانۂ مقدم کی گہرائی میں زیادتی، قرنیہ کی پچھلی سطح پر مطروحات (deposits)، تناؤ غیر طبعی (زیادہ یا کم)، اور بصارت میں بہت کمی (زجاجی عتمات : vitreous opacities اور حدقی فضا میں مطروحات یعنے جماؤ کی وجہ سے)۔

انذار (Prognosis) (پیش اندازہ) ۔ یہ علامات کی شدت اور مریض کی عام صحت کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے، لیکن ہمیشہ خطرناک ہوتا ہے ۔ اگرچہ بہت سے مریضوں میں اِس مرض کا حملہ مقابلتہً خفیف ہو کر ممکن ہے کہ آنکھ بلا زیادہ مضرت پہنچے صحت یاب ہو جائے، تاہم شدید

حملہ کا انجام نابینائی اور ذبول کرۂ چشم ہو سکتا ہے۔

علاج التہاب قزحیہ (iritis) کے علاج سے مماثل ہے۔

۲۔ مزمن التہاب قزحیہ وجسم ہدبی یا التہاب عنبیہ

(CHRONIC IRIDOCYCLITIS OR UVEITIS)

مزمن التہاب قزحیہ وجسم ہدبی یا التہاب عنبیہ، پورے عنبیتی خطے (uveal tract) [یعنی قزحیہ (iris)، جسم ہدبی (ciliary body) اور مشیمیہ (choroid)] کا التہاب ہے، جو نوعمر بالغوں میں خاص طور پر واقع ہوتا ہے، اپنے ممر میں مزمن ہوتا ہے، نکس (relapse) کا رجحان رکھتا ہے، اور اکثر اوقات دونوں آنکھوں کو ماؤف کرتا ہے، گو ممکن ہے کہ کبھی صرف ایک آنکھ ہی ماؤف ہو۔ التہاب کی شدت مختلف ہوتی ہے اور اس لحاظ سے یہ مرض دو قسموں میں تقسیم کیا گیا ہے: (الف) خفیف، اور (ب) شدید۔

189

بحث اسباب۔ بعض بنیئی امراض (constitutional diseases: آتشک، سوزاک، تدرن (tuberculosis)، انفلوئنزا، حاد ساری امراض (acute infective diseases)، مزمن وجع المفاصل (روماتزم)، نقرس (gout)، تشوہی التہاب مفصل (arthritis deformans)، اور ذیابیطس۔ معدی معائی خطے سے تسمم ذاتی (intoxication)۔ اکثر جراثیمی مبداء کے سمیات کے اثر سے (ماسکی عفونتیں: focal infections)، جن کا ماخذ مسوڑھے اور دانت (تقیح: pyorrhœa، گرد راسی پھوڑا: periapical abscess)، یا لوزتین (tonsils)، ناک، اضافی انفی جوف (nasal accessory

(sinuses ، تناسلی بولی خِطّہ (genito-urinary tract) یا جِلد (دُمّل : furuncle) ہوں۔ یا ساری عامل کُرۂ چشم کے چھیدنے والے (ثاقب) زخموں سے پیدا ہو سکتا ہے، اِن میں عملیات (operations) بھی شامل ہیں، مثلاً موتیا بند نکالنے کا عملیہ (cataract extraction)۔

امراضیات - اُن امراضیاتی تغیرّات کے علاوہ جو التہابِ قزحیہ (iritis) کے عنوان کے تحت بیان کیے جا چکے ہیں (صفحہ 178)، [جن کا التہابِ قزحیہ و جسمِ ہدبی (iridocyclitis) پر اور التہابِ عنبیہ (uveitis) کی خفیف قسم پر عملاً اطلاق ہوتا ہے] ، شدید قسم میں حسبِ ذیل اضافات پائے جاتے ہیں؛ زوائدِ ہدبیہ (ciliary processes) ، خزانۂ مقدم و مؤخر اور زجاجیہ (vitreous) میں گول خلیوں اور فائبرین کی درریزش۔ جسمِ ہدبی میں کا رشحہ (exudate) تعضیہ پذیر (organized) ہو کر اُس میں نئے عروقِ دمویہ اور دُوَیے (cysts) بن جاتے ہیں۔ خزانۂ مؤخر میں کا رشحہ تعضیہ پذیر ہو کر مادۂ ملونہ سے درریختہ ہو جاتا ہے۔ قزحیہ (iris) مذبول ہو جاتا ہے اور عدسہ میں نزول الماء (موتیا بند) ہو جاتا ہے۔ مشیمیہ (choroid) بہت ممتلی اور درریختہ ہو کر بالآخر انحطاط پذیر ہوتا ہے، اور اِس عمل میں کبھی کبھی ہڈی یا کلسی رقعے (lime plaques) بن جاتے ہیں۔

علامات - (الف) خفیف قسم نہایت غیر محسوس طور پر شروع ہوتی ہے اور اگر کوئی ابتدائی علامات ہوتے ہیں تو وہ صرف خراشش (irritation) کے ہوتے ہیں۔ مریض خاص طور پر بصارت کی کمی کی شکایت کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ کسیقدر ہدبی امتلا (ciliary congestion)،

خفیف درد، عینی تعب (ocular fatigue) ، اور محدود نور ترسی ہو۔
مَصل (serum) اور خلیات کا ارتشاح ہوتا ہے، جس میں کسی قدر
فائبرین (fibrin) کی آمیزش ہوتی ہے۔ یہ رشحہ (exudate) کسی قدر
مُلوّن (رنگ دار) ہوتا ہے، اور قرنیہ کی پچھلی سطح پر نقطوں کی صورت
میں مُترسب (precipitated) ہو کر اُس کے زیرین حصّہ پر ایک مثلثی
رقبہ بنا دیتا ہے، جس کا راس (apex) اوپر ہوتا ہے (شکل ۱۵۸ صفحہ
۱۴)۔ "مُنَقّط التہاب قرنیہ" ("keratitis punctata") کی اصطلاح
اور نسبتہً کم عام طور پر "ڈیسیمیٹی التہاب" ("descemetitis") کی اصطلاح
جو اکثر اِس حالت کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہیں، صحیح نہیں ہیں۔
یہ اصطلاحات اِن مطروحات (deposits) کی امراضیات کے متعلق

190

دراصل ایک غلط تصور پر مبنی ہیں۔ "k. p." کے مخفف حروف سے، جن کو
ابتک اکثر "keratitis punctata" ("مُنَقّط التہاب قرنیہ) کا
نمایندہ سمجھا جاتا رہا ہے، دراصل "keratic precipitates" "(قرنی
رسوبات) مُراد لینی چاہیئے۔ بعض اوقات متعدد نقطے باہم ملکر چھوٹے چھوٹے
تودے بنا دیتے ہیں، جن کو اُن کے منظر کے لحاظ سے لحم شحمی، مطروحات
('mutton-fat' deposits) کے نام سے یاد کیا جاتا ہے۔ خزانہ مقدم
معمول کی نسبت زیادہ گہرا ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ مائیہ (aqueous)
کسی قدر گدلا ہو۔ پُتلی کسی قدر پھیلی ہوئی ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ تناؤ پہلے
تو زیادہ اور ازاں بعد کم ہو، یا اُس کی زیادتی اور کمی کا سلسلہ یکے بعد
دیگرے متبادلاً ہوتا رہے۔ ثانوی گلاکوما ایک اہم پیچیدگی ہے۔ زجاجیہ
(vitreous) میں متعدد باریک عتمات (opacities) موجود ہوتے

ہیں، اور ممکن ہے کہ زجاجیہ سیّال ہو جائے۔ مشیمیہ (choroid) بھی ماؤف ہو سکتا ہے۔

(ب) شدید قسم۔ اس میں موضوعی علامات (subjective symptoms) خفیف قسموں کے علامات سے مشابہ ہوتے ہیں، لیکن معروضی امارات (objective signs) نسبتہً بہت زیادہ نمایاں ہوتے ہیں۔ رشحہ (exudate)، جس کی مقدار خاصی زیادہ ہوتی ہے، بیشتر تکوینی مادّہ (plastic material) پر مشتمل ہوتا ہے۔ رشحہ کی نوعیت کے لحاظ سے اس قسم کو تکوینی التہاب قزحیہ وجسم ہدبی (plastic iridocyclitis) کے نام سے موسوم کیا گیا ہے، تاکہ اس میں اور اُس خفیف قسم میں جس میں رشحہ بیشتر مصلی (serous) ہوتا ہے (اور جس کو مصلی التہابِ قزحیہ وجسم ہدبی serous iridocyclitis: کہتے ہیں) تفریق ہو جائے۔ تکوینی رشحہ (plastic exudate) خزانہ مقدم اور حدقی فضا میں، قزحیہ کے پیچھے، اور زجاجیہ (vitreous) میں پیدا ہو کر دبیز جھلّیاں بنا دیتا ہے، اور بالآخر اُس کے انقباض سے انفکاکِ شبکیہ (detachment of retina) واقع ہو جاتا ہے۔ قزحیہ مذبول (atrophied) ہو جاتا ہے۔ عدسہ کے تغذیہ میں خلل واقع ہوتا ہے اور اس کا نتیجہ ثانوی نزول الماء (secondary cataract) ہوتا ہے۔ مشیمیہ (choroid) اور شبکیہ (retina) مذبول ہو جاتے ہیں۔ آخرکار نابینا اور انحطاط یافتہ آنکھ کا ڈھیلا سکڑ جاتا ہے (ذبول کُرۂ چشم atrophy of the eyeball:)۔ ممکن ہے کہ اب آنکھ میں سکون ہو جائے یا ممکن ہے کہ وقتاً فوقتاً درد اور الیمیت (tenderness) کے حملے ہوتے

رہیں۔ پیچیدگیاں ثانوی گلاکوما (جو بالکل عام ہے) اور التہاب صلبیہ (scleritis) ہیں۔

انذار (Prognosis) مرض کی قسم کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ ثانوی گلاکوما پیدا ہو جانے کے امکان کی وجہ سے انذار ہمیشہ غیر یقینی ہوتا ہے۔ خفیف قسم کی بہت سی مثالوں میں مرض کا زور ایک طویل عمر کے بعد، نکس (relapse) کے ساتھ یا بلا نکس، کم ہو جاتا ہے اور آنکھ بظاہر پھر طبعی حالت میں ہو جاتی ہے، اور بصارت میں کوئی خلل نہیں واقع ہوتا یا بہت کم خلل ہوتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ صرف چھوٹے قزحی انضمامات (iritic adhesions) یا زجاجی عتمات (vitreous opacities) ہوں۔ ایسا موافق نتیجہ اس وجہ سے ممکن ہے کہ رشحہ زیادہ تر مصلی ہوتا ہے، جس میں تکوینی مادہ بہت کم شامل ہوتا ہے یا بالکل ہوتا ہی نہیں، اور بایں وجہ اس میں جذب ہو جانے کی صلاحیت ہوتی ہے۔

شدید قسم میں انذار ہمیشہ خطرناک ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ابتدائی درجوں میں سرگرمی اور مستعدی کے ساتھ علاج کرنے سے کسی قدر کارآمد بصارت محفوظ رہ جائے، ورنہ اکثر تو یہی ہوتا ہے کہ تکوینی رشحہ کے جماؤ، تعضیہ (organization)، اور انقباض کی وجہ سے بصارت جاتی رہتی ہے۔

علاج وہی ہے جو التہاب قزحیہ (iritis) کا ہوتا ہے، لیکن داعیات علاج (indications) یہ ہیں کہ نسبتہً زیادہ مستعدی کے ساتھ مداخلت کی جائے۔ یہ بات خاص طور پر اہم ہے کہ سرایت کے ہر منبع کو امکانی کوشش کے ساتھ فی الفور دور کر دیا جائے۔ چنانچہ

سرایت زدہ دانت یا مرضی لوزہ (diseased tonsil) کو نکال دینے یا اضافی جوفوں (accessory sinuses) میں جمع شدہ مواد کو خارج کردینے، آتشک کے مریض میں سالوَرسان کے اور تدرنی (tuberculous) مریض میں ٹیوبرکیولین (tuberculin) کے اشراب، اور معائی تسمم ذاتی (intestinal auto-intoxications) کی حالت میں قولونی نطولات (colonic irrigations) سے اکثر یہ ہوتا ہے کہ مرض کی خفیف قسم شدید قسم میں تبدیل نہیں ہونے پاتی۔

مقامی علاج: ایٹروپین۔ گرم و تر رفادات (hot moist compresses)، گرم تغسیل (hot bathing)، یا مسلسل خشک گرمی (continuous dry heat) ایک برقی گرمالۂ چشم (electric eye-warmer) کے ذریعہ، یا اگر یہ میسر نہ ہو تو برقی روشنی کے قمقمہ (electric light bulb) کو نرم روئی کی گدی میں رکھ کر لگائیں۔ طبعی محلول نمک (normal saline) یا دوسرے محلولات کے زیر ملتحمی اشرابات (sub-conjuntival injections) اکثر استعمال کئے جاتے ہیں مگر یہ امر مشتبہ ہے کہ آیا یہ کوئی فائدہ بھی کرتے ہیں۔ اِن مریضوں میں تناؤ کی زیادتی ایٹروپین کے استعمال کے لئے مانع (contraindiication) نہیں ہے، بلکہ ممکن ہے کہ ایٹروپین تناؤ میں کمی پیدا کردے۔ ممکن ہے کہ لیوو گلاؤکوسان (lævo-glaucosan) جو پتلی کو پھیلاتا مگر تناؤ کو کم کرتا ہے، نہایت مفید ثابت ہو۔ تناؤ کی زیادتی کا تدارک خزانۂ مقدم (anterior chamber) کے بزل (paracentesis) سے کرنا چاہئے، اور ممکن ہے کہ اِس عمل کو کئی بار دہرانے کی ضرورت ہو۔ ایٹروپین کا

ایک فیصد طاقت کا مرہم، نرم پیرافینی اساس (soft paraffin basis) کے ساتھ بنا ہوا، برطانوی قرابادین (B. P.) کے اُس مرہم کی نسبت بہت کم خراش آور ہوتا ہے جو شحم خنزیر (lard) کے ساتھ تیار کیا جاتا ہے۔ عسیر العلاج حالتوں میں دو فیصدی کوکین (cocaine) شامل کر دینے سے ایٹروپین کا اثر زیادہ ہو جاتا ہے۔

استعراق (پسینہ آنا) (diaphoresis) نہایت مفید ہوتا ہے۔

بعض اوقات پارہ تمریخ (inunction) کے ذریعہ یا براہِ دہن، غیر نوعی (nonspecific) حالتوں میں نفع بخش ہوتا ہے۔ آیوڈائڈز (iodides) اور بڑی مقداروں میں سیلی سلیٹس (salicylates) بھی فائدہ مند ہوتے ہیں۔ اِن اصابات میں خلاصۂ درقی (thyroid extract) کے استعمال سے مفید نتائج حاصل ہونے کی اطلاعیں بھی وصول ہوئی ہیں۔ اجنبی پروٹین (foreign protein) کا اشراب (مثلاً ۵ تا ۱۰ مکعب سمر کا اشراب عضلاتِ الویہ: glutei کے اندر) مفید ہو سکتا ہے۔

اُن حالتوں میں جہاں ماسکی سرایت (focal infection) کا کوئی منبع دریافت ہو گیا ہو (مثلاً دانت یا لوزہ: tonsil)، ساری مادہ سے ایک کاشت (culture) تیار کرکے پھر اُس کی جدرین (vaccine) بنائی جا سکتی ہے۔ اِس کا اِمکان ہے کہ اِن اصابات میں جدرینوں کا استعمال یاس انگیز ثابت ہو، لیکن اگر دوسری تدبیروں سے جلد اصلاح نہ ہو تو کسی بھی علاج کو جس کے فائدہ مند ہونے کا اِمکان ہو نظر انداز نہیں کرنا چاہئے۔ 192

جب آنکھ بالکل سکون کی حالت میں ہو جائے تو (بشرطیکہ آنکھ

قطعاً بیکار نہ ہوگئی ہو) بصری وجوہات کی بنا پر یا خزانۂ مقدم اور خزانۂ مؤخر کے درمیان رابطہ بحال کرنے کے لئے تاکہ بالآخر گلاکوما نہ پیدا ہونے پائے، قزحیہ برآری (iridectomy) کا عملیہ داعیۂ علاج ہو سکتا ہے۔

۳۔ ریمی التہاب قزحیہ وجسمِ ہدبی (ریمی التہاب عنبیہ)

(Purulent Iridocyclitis) (Purulent Uveitis)

ریمی التہاب قزحیہ وجسمِ ہدبی (ریمی التہاب عنبیہ) کا بیان صفحہ 198 پر ریمی التہابِ مشیمیہ (Purulent Choroiditis) کے تحت، اور صفحہ 205 پر التہابِ کُل العین (Panophthalmitis) کے تحت درج ہے۔

۴۔ مشارکی التہابِ قزحیہ وجسمِ ہدبی (مشارکی التہابِ عنبیہ)

(Sympathetic Iridocyclitis) (Sympathetic Uveitis)

مشارکی التہابِ قزحیہ وجسمِ ہدبی (مشارکی التہاب عنبیہ) کا بیان صفحہ 201 پر رمدِ مشارکی (Sympathetic Ophthalmitis) کے تحت درج کیا گیا ہے۔

تضرراتِ جسمِ ہدبی

(Injuries of the Ciliary Body)

خطۂ ہدبی (ciliary region) کا نمائندہ وہ گرد قرنیہ حلقہ

(pericorneal ring) ہے جو ۶ ملی میٹر چوڑا ہوتا ہے۔ یہ خطۂ خطرناک منطقہ ('dangerous zone') کے نام سے موسوم ہے۔ اِس کی وجہ یہ ہے کہ اِس مقام کے ثاقب زخم (penetrating wounds) تکوینی التہابِ عنبیہ (plastic uveitis) پیدا کر دینے کا اِمکان رکھتے ہیں، جس کے بعد رمدِ مشارکی (sympathetic ophthalmitis) پیدا ہو سکتا ہے۔ وسیع ہدبی زخموں (ciliary wounds) کو کامل طور پر صاف کرنے کے بعد، صلبیہ (sclera) کی اوپری تہوں میں سے یا ملتحمہ میں سے ایک یا زائد ٹانکے لگا کر بند کر دیا جاتا ہے۔ ایسے زخموں کو اکثر ایک ملتحمی دامن (conjunctival flap) کے ذریعہ ڈھانک دیا جاتا ہے۔ قزحیہ کے بروز یافتہ حصے (prolapse of the iris) کو کاٹ ڈالنا چاہیے لیکن بروز یافتہ جسمِ ہدبی کو نہیں نکالنا چاہیے۔ کرۂ چشم میں جسمِ غریب (foreign body) کی موجودگی کے امکان کو خارج کر دینا چاہیے، یعنے اِس امر کے متعلق اطمینان کر لینا چاہیے کہ کرہ میں کوئی جسمِ غریب موجود نہیں ہے۔ پھر ایک پٹّی باندھ دینی چاہیے۔ اگر زخم بہت وسیع ہے اور بصارت باقی نہیں رہی ہے تو عملیۂ انقاف (enucleation) داعیۂ علاج ہے۔ علاج کے متعلق مزید تفصیلات تفرزاتِ صلبیہ (Injuries of the Sclera) (صفحہ 170) اور رمدِ مشارکی (Sympathetic Ophthalmitis) کے پیراگرافوں میں درج ہیں۔

باب سیزدہم

امراض مشیمیہ

(DISEASES OF THE CHOROID)

تشریح و فعلیات: مشیمیہ (choroid) ایک گہرے بھورے رنگ کی جھلی ہے جو صلبیہ (sclera) اور شبکیہ (retina) کے درمیان واقع ہے، اور حاشیۂ مُسنّن (ora serrata) سے لیکر عصبِ بصری (optic nerve) کے روزن تک پھیلتی ہے۔ وہ بیشتر عروق دمویہ پر مشتمل ہوتی ہے، جو نازک اتصالی بافت کے ذریعہ جُڑے ہوئے ہوتے ہیں۔ اِس اتصالی بافت میں متعدد رنگدار خلیے موجود ہوتے ہیں۔ یہ عروق اپنے قطریہ (calibre) کے لحاظ سے تین تہ برتہ تہوں میں مرتّب ہوتے ہیں۔

یہ عروقی ساخت ہر جانب سے ایک غیر عروقی جھلی سے محدود ہوتی ہے۔ اِس لحاظ سے مشیمیہ (choroid) کو پانچ تہوں میں تقسیم کیا جا سکتا ہے: (۱) خارجاً فوق المشیمیہ، یعنے بالائی مشیمیہ (suprachoroid) جو ڈھیلی اتصالی بافتوں کے ذریعہ صلبیہ (sclera) سے جُڑا ہوا ہوتا ہے۔ (۲) بڑے عروق کی تہ۔ اِن کے درمیان کی فضائیں اتصالی بافت (connective tissue) اور خلیوں سے

بھری ہوئی ہوتی ہیں - شریانیں، صغیر ہدبی (short ciliary) شرائین ہیں، اور وریدیں پیچ در پیچ صورت میں مرتب ہوتی ہیں (عُروقِ دُوّامہ: vasa vorticosa)، جن کے مستدق ہوجانے سے چار یا پانچ خاص تنے بنجاتے ہیں، اور یہ تنے کرہ چشم کے خطِ اِستوا (equator) کے پیچھے صلبیہ (sclera) کو چھیدتے ہیں - (۳) اوسط جسامت کے عروق کی تہ - (۴) عروق شعریہ (مشیمی شعریہ chorio-capillaris) - (۵) زجاجی ورقہ (lamina vitrea) یا غشائے بروک (membrane of Bruch)، یہ ایک بے ساخت (structureless) شفاف جھلّی ہے، جو شبکیہ کی لونی تہ سے متصل واقع ہے -

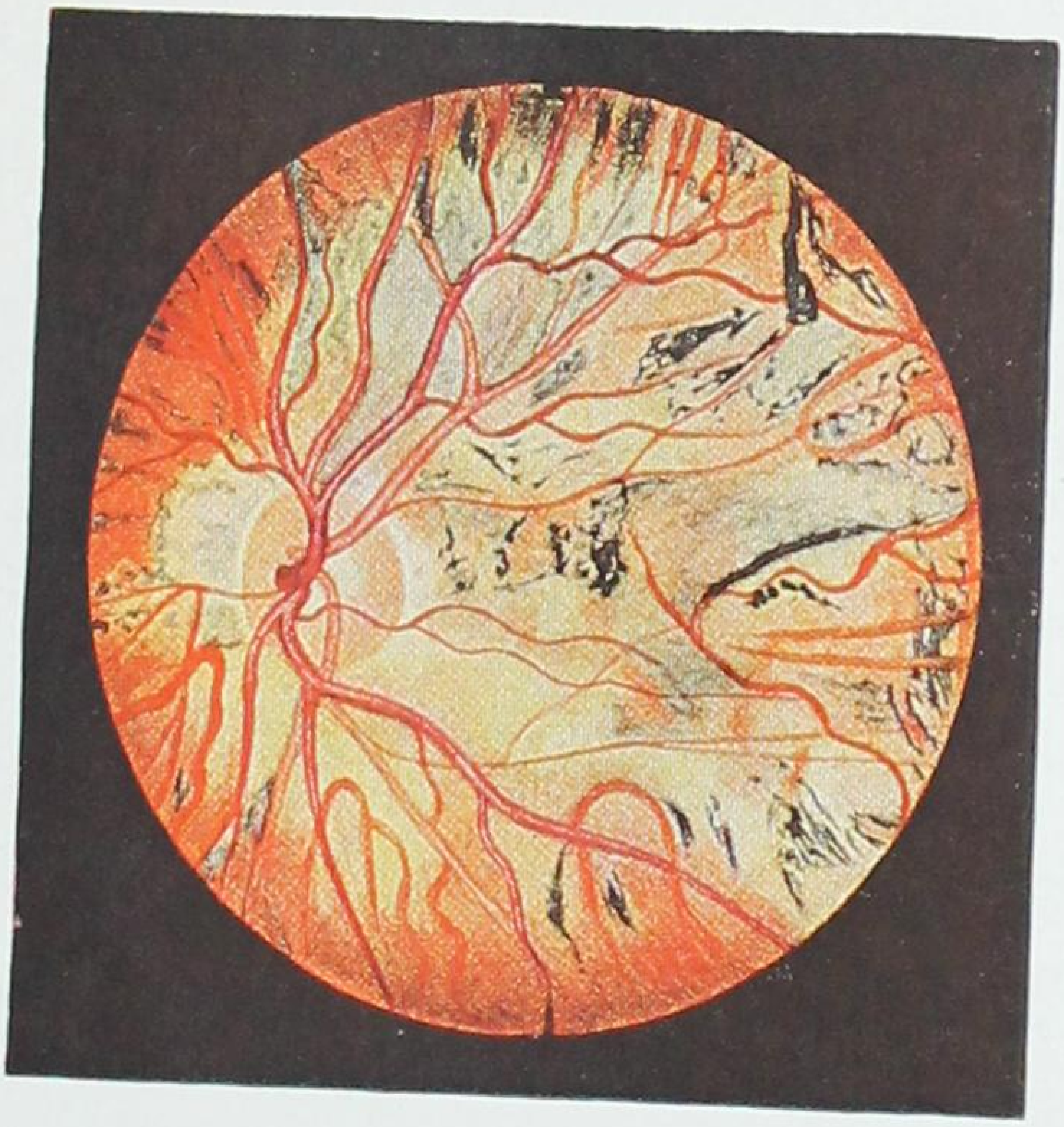
مشیمیہ کا خاص فعل یہ ہے کہ وہ شبکیہ (retina) زجاجیہ (vitreous)، اور عدسہ (lens) کے لئے ایک آلۂ تغذیہ کا کام انجام دیتا ہے - وہ کُرۂ چشم کے اندرونی حصہ پر ایک گہرے (سیاہ) رنگ کا استر بناتا ہے -

مشیمیہ کے التہابات (التہابِ مشیمیہ : choroiditis) -

یہ (۱) رشحی (exudative) یا غیر ریمی (non-purulent)، اور (۲) ریمی (purulent) ہوسکتے ہیں -

تقیحی (suppurative) قسم میں پورا مشیمیہ اور ساتھ ہی باقیماندہ عنبیتی خطّہ (uveal tract) ماؤف ہوجاتا ہے مگر رشحی (exudative) قسم میں ماؤفیت مشیمیہ کے بعض حصّوں تک محدود رہتی ہے - اِسی بنا پر اِس مرض کی جماعت بندی ماؤف رقبوں کے محلِ وقوع کے لحاظ سے مختلف سریری اقسام میں کی گئی ہے -

رشحی التہابِ مشیمیہ (Exudative Choroiditis) اکثر



شکل ۱۶۷—منتشر التهاب مشیمیه (Diffuse choroiditis)



شکل ۱۶۸—منتشر التهاب مشیمیه (Disseminated choroiditis)

مقابل صفحه ۳۸۱

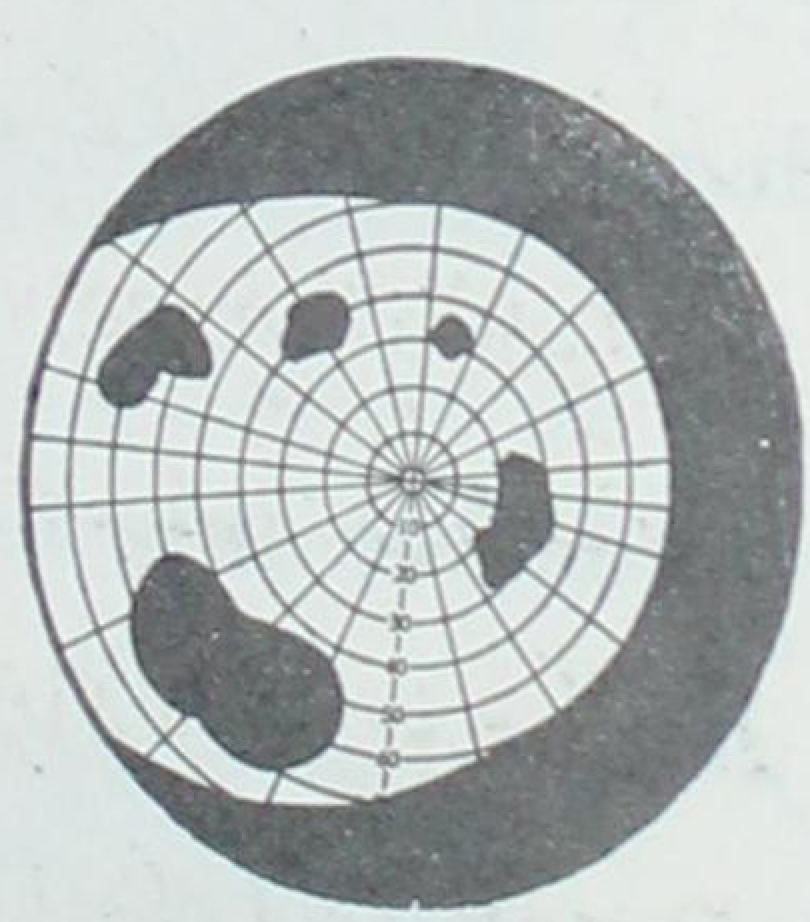
194

واقع ہوتا ہے اور ہر عمر میں دیکھا گیا ہے - یہ اپنے مریں عموماً مزمن ہوتا ہے -
اس کی بیشتر مثالوں میں مشیمیہ اور شبکیہ (retina) دونوں مبتلائے مرض ہوتے ہیں - ایسی صورت میں مرض درحقیقت مشیمیتی شبکیتی التہاب (choroido-retinitis) یا شبکیتی مشیمیتی التہاب (retino-choroiditis) ہوتا ہے - ممکن ہے کہ مرض عنبیہ (uvea) کے اگلے حصّہ تک پھیلکر قزحیتی مشیمیتی التہاب (irido-choroiditis) کی حالت پیدا کر دے اگرچہ مرض کے اصطلاحی نام سے التہاب ظاہر ہوتا ہے، مگر رشحی التہاب مشیمیہ (exudative choroiditis) دراصل ایک انحطاطی عمل (degenerative process) ہے نہ کہ التہاب -

اقسام - رشحی التہاب مشیمیہ (exudative choroiditis) (صفحات ۱۳-۱۴-۱۵) مندرجۂ ذیل اقسام کا ہوتا ہے :- (۱) منتشر (diffuse) (۲) منتشر (disseminated)، (۳) محاط (circumscribed)، (۴) مقدم (anterior)، (۵) مرکزی (central)، (۶) نزد حلیمی (juxtapapillary)، (۷) آتشکی (syphilitic)، اور (۸) قصر البصری (myopic)۔ اِن مختلف اقسام کے امتیازی خصائص درج کرنے سے پہلے رشحی التہاب مشیمیہ کا ایک عام بیان پیش کر دینا مفید ہوگا -

موضوعی علامات (Subjective Symptoms) - بصارت میں اختلالات ہوتے ہیں، تیزیٔ نظر میں کمی ہو کر سانتھ ہی دھبّے (تیرمے) نظر آتے ہیں اور اشیاء کی شکل توڑی مروڑی اور بگڑی ہوئی (مسخ شدہ) دکھائی دیتی ہے (مسخ البصر؛ metamorphosia) - آخر الذکر علامت

دو قسموں میں تقسیم کی جا سکتی ہے : خُرد نظری (micropsia)، جس میں اشیاء حد سے زائد چھوٹی دکھائی دیتی ہیں، اور کلاں نظری (macropsia)، جس میں اشیاء حد سے زیادہ بڑی دکھائی دیتی ہیں - اکثر روشنی کے چمکارے، چنگاریاں یا چمکدار دائرے (حلقے) آنکھوں کے سامنے معلوم ہوتے ہیں - آخری درجوں میں ممکن ہے کہ میدانِ بصارت میں نقائص پیدا ہو جائیں، اور ظُلمے (scotomata) اور محیطی بصارت کی تنگی (peripheral contraction) دونوں موجود ہوں - اگر یہ نقائص محیط کی طرف واقع ہوں تو ممکن ہے کہ محسوس نہ ہوں، لیکن اگر ان کا محلِ وقوع مرکز (وسط) میں ہے تو مریض ان کو بہت زیادہ محسوس کریگا - درد نہیں ہوتا -



شکل ۱۶۶ - منتشر التہاب شیمیہ میں محیطی ظُلمے (Peripheral Scotomata in Disse - minated Choroiditis)

معروضی علامات (Objective Symptoms) - کوئی بیرونی امارت (sign) نہیں ہوتی، مگر چشم بین (ophthalmoscope) نہایت واضح تصویر پیش کرتی ہے - تکوینی مادّہ (plastic material) کے رشحہ (exudation) کی چکتیاں موجود ہوتی ہیں، جو جسامت اور محلِ وقوع میں مختلف ہوتی ہیں - شروع شروع میں یہ رقبے زردی مائل یا زردی مائل سفید رنگ کے ہوتے ہیں اور ان کے حاشیے غیر واضح ہوتے ہیں - شبکیہ کے عروق دمویہ اوپر اٹھے ہوئے اور ان چکتیوں کے اوپر سے گذرتے ہوئے دکھائی دیتے ہیں

نہایت خفیف اصابات میں ممکن ہے کہ رشحات (exudates) جذب ہو جائیں اور مشیمیہ میں ایسا کوئی تغیر باقی نہ رہے جو نظر آسکے لیکن عموماً چند ہفتوں یا مہینوں کے بعد رشحہ تعضیہ پذیر (organized) ہو جاتا ہے اور مشیمیہ اور شبکیہ مذبول (atrophied) ہو کر ایک دوسرے سے چپک جاتے ہیں، جس سے مختلف شکلوں اور جسامتوں کے ذبولی رقبے (atrophic areas) پیدا ہو جاتے ہیں۔ فائبرین کے مطروحات (جماؤ) کی وجہ سے اور پتلے پڑے ہوئے یا غیر موجود مشیمیہ (choroid) کے اندر سے صلبیہ (sclera) کے نظر آنے کے باعث، یہ رقبے سفیدی مائل رنگ کے دکھائی دیتے ہیں۔ یہ چکتیاں اکثر اوقات مرئی مشیمیی عروق (choroidal vessels) پیش کرتی ہیں اور عموماً اِن میں کم و بیش سیاہ مادۂ ملونہ کے نشان ہوتے ہیں، بالخصوص اِن کے حاشیوں کے قریب۔ اکثر اوقات زجاجیہ بھی ماؤف ہو جاتا ہے، اور پھر اِس واسطہ (medium) کے اندر عتامات (opacities) پیدا ہو جاتے ہیں۔ اکثر شبکیہ بھی متذکرۂ بالا چکتیوں کے مقابل مبذول (atrophied) ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ قرصِ بصری (optic disc) بھی اِن تغیرات میں حصہ لے اور ایک زردی مائل سفید میلا رنگ پیش کرے۔ یہ وہ حالت ہے جسے اکثر مشیمیی ذبول، ('choroidal atrophy') کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔

پیچیدگیاں۔ مذکورۂ بالا بیان سے واضح ہوگا کہ متصلہ ساختیں: قزحیہ (iris)، شبکیہ (retina)، زجاجیہ (vitreous) اور صلبیہ (sclera) اکثر لپیٹ میں آکر مبتلائے مرض ہو جاتی ہیں۔ التہابِ مشیمیہ (choroiditis) سے اکثر مؤخر قطبی نزول الماء (posterior polar

cataract) بھی پیدا ہو سکتا ہے۔

بحثِ اسباب۔ اکثر کوئی بنیئی مرض (constitutional disease) خاص کر اکتسابی اور موروثی آتشک، لیکن نقص الدم (anæmia)، خنازیر (scrofula) اور تدرّن (tuberculosis) بھی۔ اِس کی بہت سی مثالیں قصر البصر (myopia) میں پائی جاتی ہیں۔ اِس کا انحصار اُس مُعفّن سرایت (septic infection) پر ہو سکتا ہے جو دانتوں، دہن اور ناک کے کہفوں سے حاصل ہو، یا معائی ذاتی تسمم (intestinal auto-intoxication) پر انحصار ہوتا ہے۔ بہت سے اصابات کو، جن میں ابتدائی سببِ مرض مبہم یا نامعلوم ہو، ذاتی یا خودرُو (idiopathic) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔

امراضیات۔ ابتدائی درجوں میں مشیمیہ کے ماؤف حصّے اور برافتادہ (overlying) شبکیہ میں امتلا (congestion) ہو کر لمف کی درریزش ہوتی ہے۔ اِس سے اُن نرم اور روئیں دار رقبوں (fluffy areas) کی، جو چشم بین سے نظر آتے ہیں، توضیح ہوتی ہے۔ کچھ عرصہ بعد سفید خلیوں (leucocytes) اور فائبرین کی وجہ سے رشحہ میں زیادتی ہو جاتی ہے، غشائے بُروک کو توڑ کر سفید خلیے شبکیہ (retina) اور زجاجیہ (vitreous) میں گھس آتے ہیں، اور اس طرح زجاجیہ میں عتمات (opacities) پیدا ہو جاتے ہیں۔ رشحات (exudates) مُتعضّے (organized) ہو جاتے ہیں اور لیفی بافت (fibrous tissue) بنتی ہے، جو مشیمیہ اور شبکیہ کو تلف کر کے ماؤف رقبوں میں ذبول (atrophy) اور اِن دوتہوں کے درمیان انضمام (adhesion) پیدا کر دیتی ہے شبکیہ کا

مادۂ ملونہ تکاثر پاکر حاشیوں کے قریب اور نسبتہً کمی کے ساتھ ذبولی رقبوں کے اندر جمع ہوجاتا ہے۔

انذار (Prognosis) کا انحصار اِرتشاح (exudation) کی چکتیوں کے محلّ وقوع پر، اور اُن کے مابعد ذبول پر ہوتا ہے۔ اگر ایک منفرد چکتی لطخی خطّے (macular region) کو ماؤف کردے تو اس سے بصارت میں بڑی خرابی پیدا ہوجائے گی۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ مرضی عمل قعرِ چشم کے معتدبہ حصّے پر پھیل جائے اور پھر بھی بصارت اچھی رہے لیکن ایسا اُسی وقت ہوتا ہے جبکہ لطخہ (macula) غیر ماؤف رہے۔

علاج۔ تسبیبی عامل کا ازالہ۔ آتشکی مریضوں میں آیوڈائڈز (iodides) اور مرکیوری (پارہ) کا استعمال۔ اکثر غیر آتشکی مریضوں میں بھی پارہ کی تمریخات (inunctions) سے کامیابی ہوتی ہے۔ مناسب مریضوں میں ٹیوبرکیولین (tuberculin) کا استعمال، عام صحت کی طرف توجہ۔ اِستعراق (diaphoresis) اکثر مفید ہوتا ہے۔ آنکھوں کو آرام دینا، دُھندلی عینک (smoked glasses) استعمال کرکے تیز روشنی سے بچنا، بعض اوقات تاریک حجرہ۔ نمکین محلول کے زیرِ ملتحمی اِشرابات (sub-conjunctival injections) اکثر مفید ہوتے ہیں۔

196

منتشر التہابِ مشیمیہ (Diffuse Choroiditis)

(شکل ۱۶۷، صحفہ ۱۳)۔ اس قسم میں ارتشاح کی چکتیاں بڑی جسامت کی ہوتی ہیں۔ ازاں بعد ذبولی دھبّوں کے تضام (آپس میں مل جانے) سے ایک بڑا سفید رنگ کا یا زردی مائل سفید رنگ کا رقبہ پیدا ہوجاتا ہے، جو کم و بیش ملوّن (رنگدار) ہوتا ہے اور جس میں چند مشیمیتی عروق

نظر آتے ہیں۔

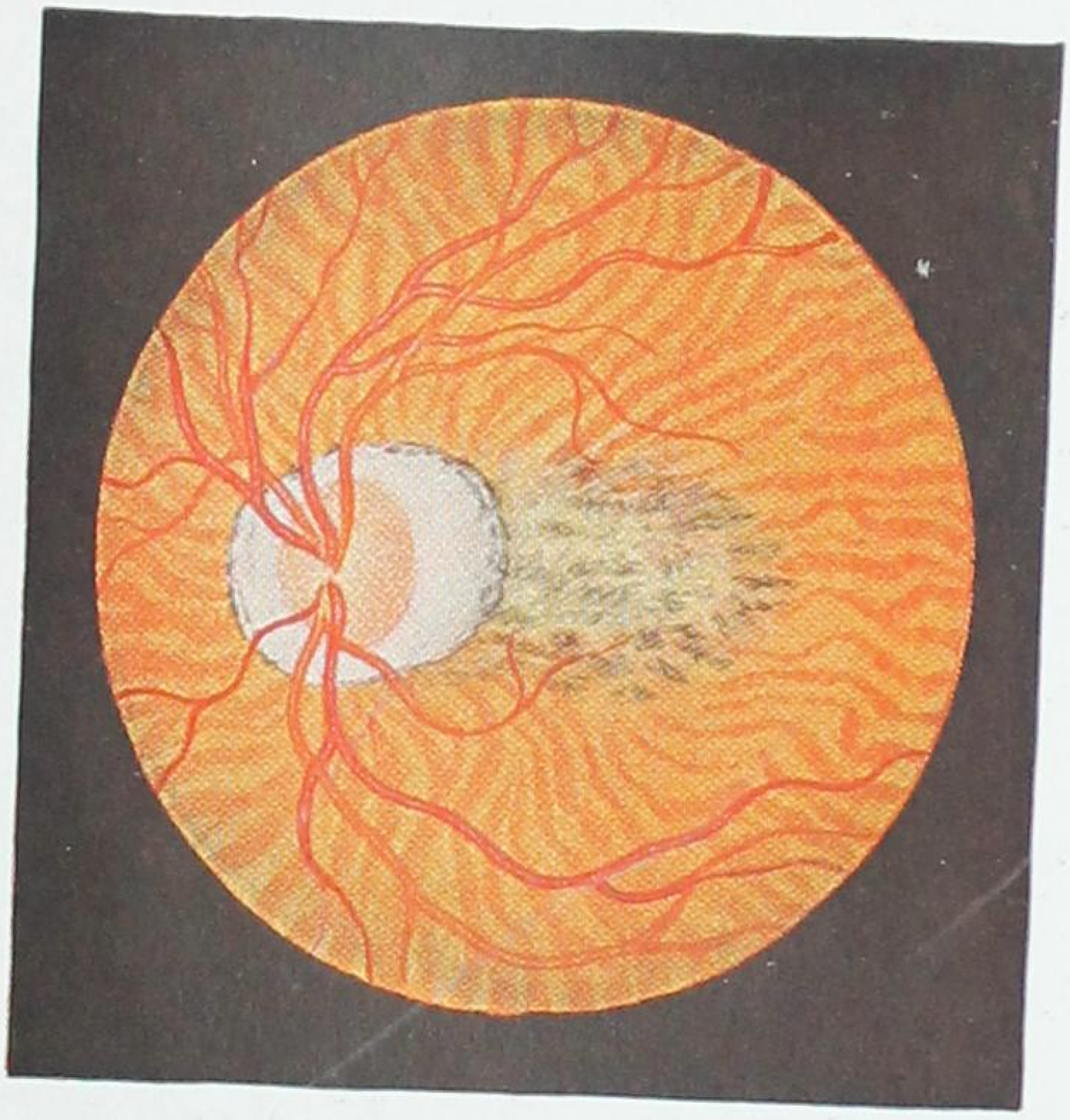
منتشر التہاب مشیمیہ (Disseminated Choroiditis)

اس میں قعرِ چشم پر متعدد گول اور بے ترتیب دھبے (شکل ۱۶۸ صفحہ ۱۳۳) پھیلے ہوئے ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ قعرِ چشم اِن سے بالکل پٹا ہوا ہو، لیکن پھر بھی اگر لطخی خطہ (macular region) بچا ہوا ہے تو بصارت اچھی رہتی ہے۔ التہاب مشیمیہ کی یہ قسم بہت مزمن ممر رکھتی ہے۔ طویل زمانہ تک موجود رہنے کے بعد ممکن ہے کہ اُس پر شبکیہ (retina) اور عصبِ بصری (optic nerve) کا ذبول مستزاد ہو جائے۔

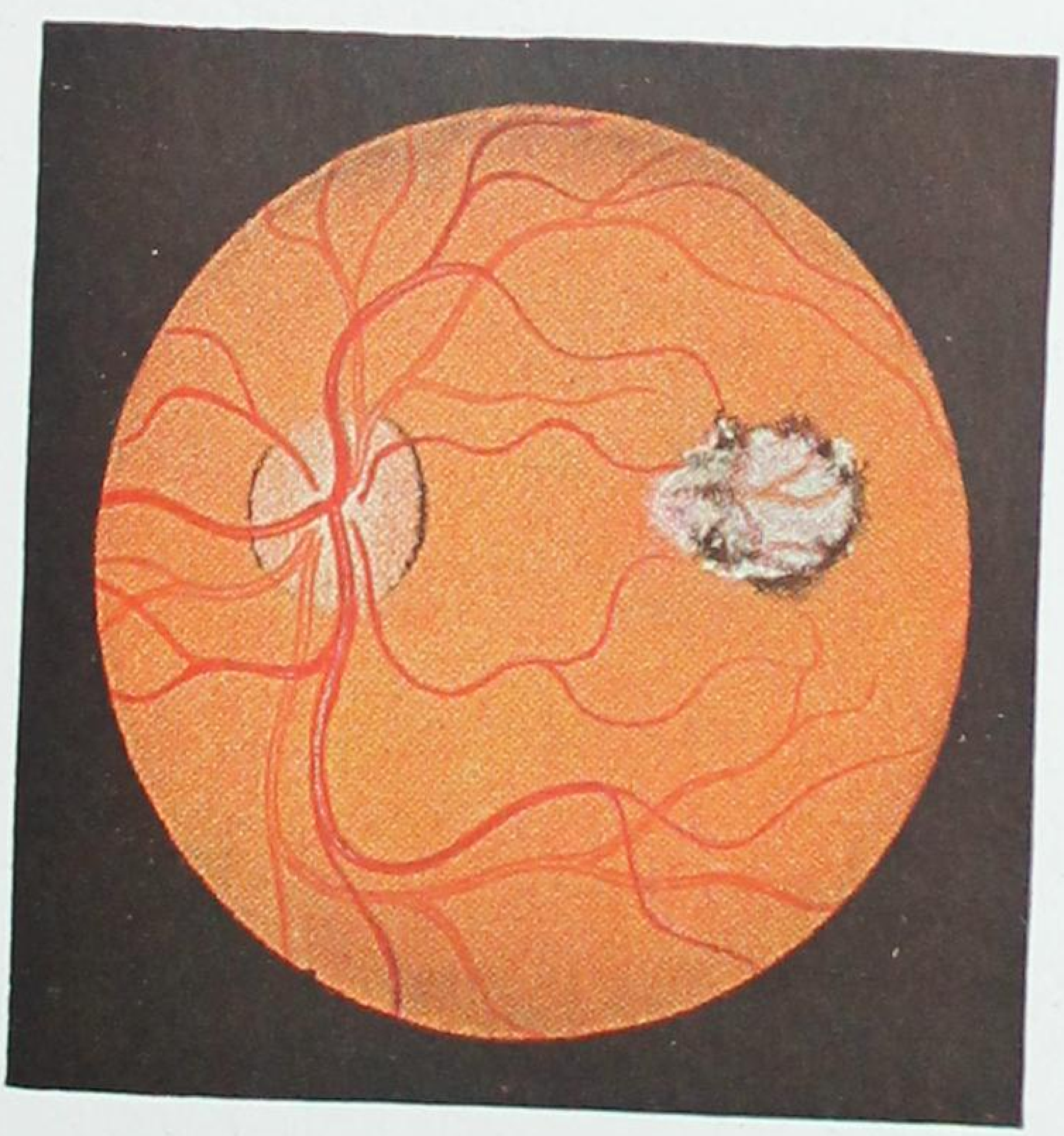
مقدم التہاب مشیمیہ (Anterior Choroiditis)۔ اِس میں ارتشاح کے ماسکے (foci) ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ منتشر التہاب مشیمیہ (disseminated choroiditis) میں، مگر بایں فرق کہ یہ ماسکے قعرِ چشم کے محیط میں محدود ہوتے ہیں۔ اِس قسم کا التہاب عموماً آتشک کے باعث ہوتا ہے اور اکثر رخنکی التہابِ قرنیہ (interstitial keratitis) کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ قاعدہ ہے کہ اِس کی تشخیص صرف مؤخر درجہ میں ہوتی ہے جبکہ رشحات (exudates) ملوّن حاشیہ دار سفید دھبّوں میں متبدل ہو چکتے ہیں، اور یہ تشخیص بھی عموماً ایسے چشم بینی امتحان (ophthalmoscopic examination) کے دوران میں ہوتی ہے جو دیگر وجوہ کی بناء پر کیا گیا ہو۔ اِس قسم کا التہابِ مشیمیہ بعض اوقات شدید درجہ کے قصر البصر (high myopia) کے ساتھ ہوا کرتا ہے۔ بصارت غیر متاثر رہتی ہے۔

طبعی قعری لونیت (normal fundus pigmentation)

کا محیط میں بہت مبالغہ (زیادتی) کے ساتھ ہونا طبعی آنکھوں میں بھی کوئی



(Fundus of myopic eye) شکل ۱۶۹—قصیر البصر آنکھہ کا قعر



(Central choroiditis) شکل ۱۷۰—مرکزی التہاب مشیمیہ

مقابل صفحہ ۳۸۷

انوکھی بات نہیں۔ اکثر ایسی زیادتی معمر اشخاص میں ایک شیوخی تغیر (senile change) کے طور پر پائی جاتی ہے۔

مرکزی التہابِ مشیمیہ (Central Choroiditis) کی اصطلاح اُس قسم کے لئے ہے جس میں مختلف النوع ذبولی اور انحطاطی تغیرات کا محلِ وقوع لطخی خطّہ (macular region) ہوتا ہے۔ اگرچہ مرض کا یہ نام صحیح نہیں، کیونکہ جو تغیّرات واقع ہوتے ہیں وہ دراصل التہابی نہیں ہوتے، تاہم یہ نام سہولت بخش ہے اور عام طور پر مستعمل بھی ہے۔ اس میں چشم بین سے نظر آنے والے مناظر بہت مختلف ہوتے ہیں: واضح مشیمیتی ذبول کی ایک چھوٹی چکتی سے لیکر جس میں لونی دھبّے ہوتے ہیں (جیسا کہ شکل ۱۷۰، صفحہ ۴۱۳ میں دکھلایا گیا ہے)، ذبول کے ایک نسبتہً بہت کم واضح رقبہ تک جس میں متعدد چھوٹے چھوٹے لونی دھبّے شبکیہ میں لطخہ (macula) کے

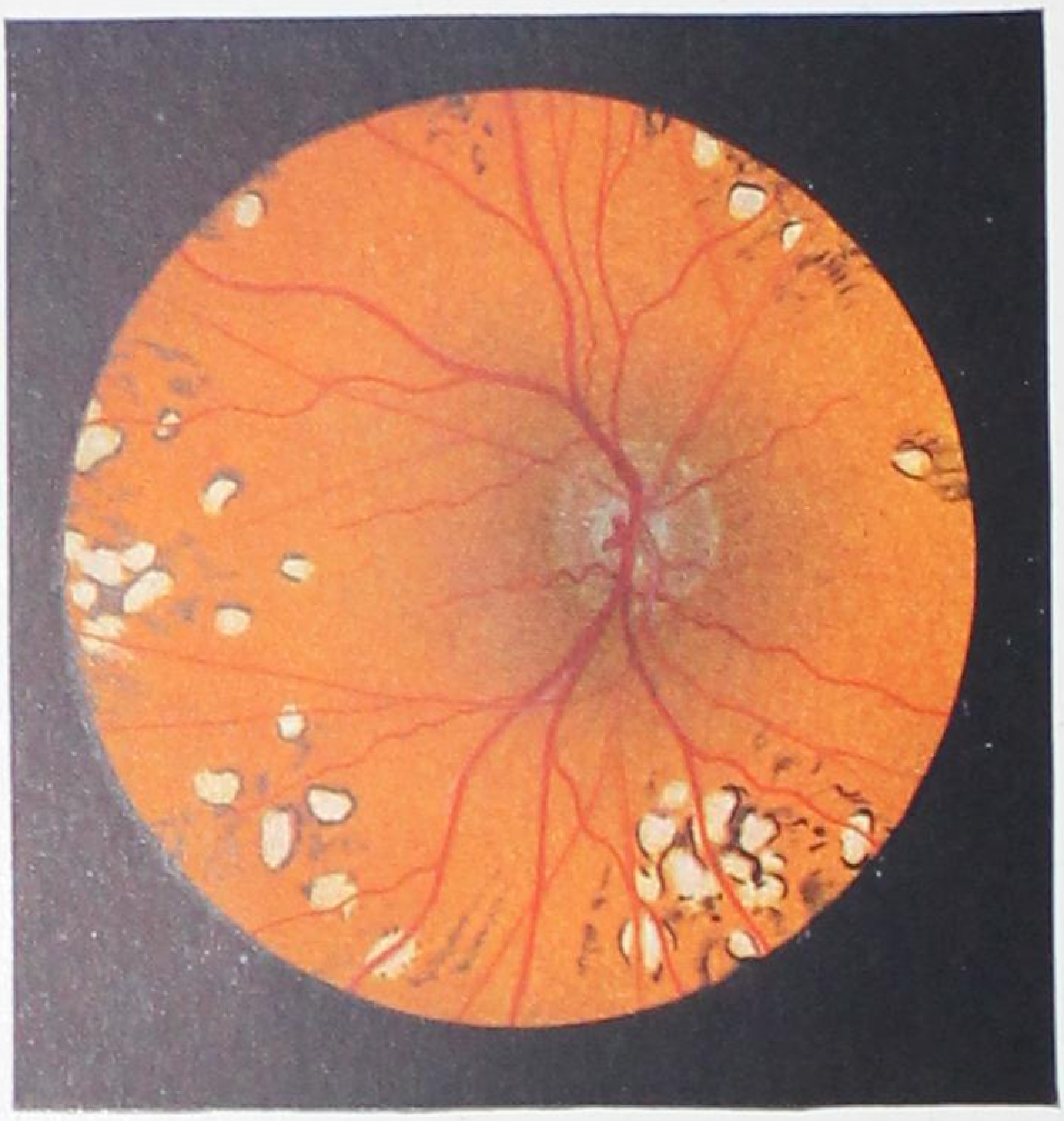
197

آس پاس سطح سے قریب واقع ہوتے ہیں۔ اِس سے جو مرکزی ظلمہ (central scotoma) پیدا ہو جاتا ہے اُس کی وجہ سے مرکزی بصارت نمایاں طور پر کم ہو جاتی ہے یا جاتی رہتی ہے۔ ایسے تغیّرات اکثر شدید درجہ کے قصر البصر (high myopia)، آتشک اور بُڑھاپے میں واقع ہوتے ہیں۔ بعض اوقات پہلے نزف (hæmorrhage) ہوتا ہے، لیکن زیادہ اکثر کوئی نزف نہیں ہوتا۔ جب یہ انحطاط ایک بوڑھے مریض میں ہوتا ہے تو اِسے شیوخی مرکزی التہابِ مشیمیہ (senile central choroiditis) کہتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ایسے مریضوں میں اِس کے ساتھ ساتھ مشیمیتی عروق کی شریانی صلابت (arterio-sclerosis) بھی موجود ہو۔ مرکزی التہابِ مشیمیہ عموماً دوجانبی ہوتا ہے، اور دوسری آنکھ بھی ایک مختلف

وقفے کے بعد ماؤف ہوجاتی ہے۔ ایسا کوئی علاج نہیں ہے جس سے کچھ فائدہ پہنچے۔

لطخی خطے (macular region) اور اُس سے بالکل ملے ہوئے گرداگرد کے رقبہ کا کثیر التعداد گول گول زردی مائل رنگ کے دھبّوں سے منقط پایا جانا، اورساتھ ہی اِن دھبوں کے درمیان کم وبیش لونی مادّہ کی نقطہ کاری (stippling) کا ملنا کوئی غیر معمولی بات نہیں۔ یہ دھبے غشائے بُروگ (membrane of Bruch) کے زجاجی فضولات (hyaline excrescences) ہیں جو کولائڈی اجسام ('colloid bodies') کے نام سے موسوم ہیں۔ یہ دونوں آنکھوں میں پائے جاتے ہیں، اکثر سن رسیدہ اشخاص میں ہوتے ہیں، اور بصارت کو متاثر نہیں کرتے۔

آتشکی التہابِ مشیمیہ وشبکیہ۔ (Syphilitic Choroido-Retinitis) ۔ یہ نام مشیمیہ کے اُس منتشر التہاب کو دیا گیا ہے، جو التہابِ شبکیہ (retinitis) اور زجاجیہ (vitreous) کے تغیرات کے ساتھ پایا جاتا ہے اور آتشک کے دوسرے درجہ میں واقع ہوتا ہے۔ ابتدائے شبکیہ (retina) میں منتشر تکدّر (دھندلاپن)، مشیمیہ (choroid) میں بالخصوص لطخہ کے خطے میں متعدد ارتشاحات (exudations) ہوتے ہیں، اور زجاجیہ میں باریک گردنما عتمات (opacities) ہوتے ہیں۔ ازاں بعد شبکیہ میں تکدّر کی بجائے ذبول (atrophy) ہوجاتا ہے، مشیمیہ میں ذبولی چکتیاں، رنگ کے دھبّے، اور زجاجیہ میں عتمات پائے جاتے ہیں (شکل ۱۷۱، صحفہ ۱۵)۔



شکل ١٧١— آتشکی التہاب شبکیہ و مشیمیہ (Syphilitic Retino-choroiditis)
جسکے ساتھہ زجاجیہ کی گردنما عتمیت (Dust-like opacity) موجود ہے۔



شکل ١٧٢— عنبۂ موخر (Posterior staphyloma)

مقابل صفحہ ٣٨٨

قصر البصر کا التہاب مشیمیہ (Choroiditis of Myopia)'

عنبۂ مؤخر (Posterior Staphyloma) یا التہاب صلبیہ و مشیمیہ مؤخر (Sclero-Choroiditis Posterior) - قریب النظر آنکھوں (near-sighted eyes) کا قعر، بالخصوص جبکہ ان میں قصر البصر (مایوپیا) شدید درجہ کا ہو، اکثر ممیز تغیرات پیش کرتا ہے (شکل ۱۶۹ صفحہ ۱۴، اور شکل ۱۷۲، صفحہ ۱۵) ۔ اکثر ایک سفیدی مائل ذبولی ہلالی رقبہ قرص (disc) کے صدغی کنارے کو گھیرے ہوئے ہوتا ہے۔ اسے قصر البصری ہلال (myopic crescent) کہتے ہیں (شکل ۱۶۹، صفحہ ۱۴)۔ ممکن ہے کہ یہ پھیلکر اوپر اور نیچے کے حاشیوں کو بھی شامل کرلے، یا پورے قرص کو گھیر لے۔ بعض اوقات اسے 'مخروط' ('conus') کہتے ہیں، لیکن اس آخر الذکر اصطلاح کو اسی شکل کی ایک پیدائشی خلاف قاعدگی (congenital anomaly) کے لئے محفوظ رکھنا مناسب سمجھا گیا ہے، جو حُلیمہ (papilla) کی نیچے کی کور پر واقع ہوتی ہے اور اکثر و بیشتر مبہم ماسکی (astigmatic) آنکھوں میں پائی جاتی ہے، اور جو عصب بصری کے سر اور مشیمی روزن (choroidal aperture) کے درمیان ایک فصل کی موجودگی کی وجہ سے ہوتی ہے۔

198

شدید قصر البصر (high myopia) میں کُرۂ چشم کے تطوّل (لمبا ہوجانے) کی وجہ سے صلبیہ (sclera) اُس کے پچھلے قطب پر اُبھر آتا ہے، جس کا نتیجہ نقصِ انعطاف (error of refraction) کے علاوہ یہ ہوتا ہے کہ اس مقام پر مشیمیہ اور شبکیہ میں ذبولی تغیرات رونما ہوتے ہیں۔ اس تمدّد (ectasia) کو عنبۂ مؤخر (posterior

staphyloma) کہتے ہیں (شکل ۱۷۲، صحفہ ۱۵) ۔ قصر البصری ہلال (myopic crescent) اور عنبۂ مؤخر (posterior staphyloma) کی اصطلاحات مرادف نہیں ہیں۔

جب قصر البصری ہلال یا حلقہ نما چکتی ایک خوب واضح الحدود حاشیہ کے ذریعہ جو اکثر ملوّن (pigmented) ہوتا ہے، تندرست مشیمیہ سے جُدا ہو تو یہ اس بات کی علامت ہے کہ اب مرضی عمل سکون کی حالت میں آکر رُک گیا ہے ۔ لیکن جب یہ کنارا (حاشیہ) غیر واضح اور مبہم سا ہو تو اس امر پر دلالت کرتا ہے کہ مرضی تغیّرات بڑھ رہے ہیں (مُترقی قصر البصر (progressive myopia: ۔ اس چیز کا علم نہایت اہمیت رکھتا ہے، کیونکہ اس کی بنا پر عینی صحیات (ocular hygiene) اور عمومی صحیات (general hygiene) کی طرف توجہ کی ضرورت پر زور دیا جا سکتا ہے۔ ہمیشہ تو نہیں لیکن اکثر، ہلال کی جسامت قصر البصر (myopia) کے درجہ کے متناسب ہوتی ہے ۔ شدید درجہ کے قصر البصر میں اکثر مشیمیہ کا کم و بیش سطحی ذبول دیکھنے میں آتا ہے، جس کی وجہ سے مشیمیہ کے زیادہ بڑے عروق صاف طور پر نظر آنے لگتے ہیں ۔ لطخی خِطّے میں التہابِ مشیمیہ (choroiditis) کے علاوہ، ممکن ہے کہ قعرِ چشم کے دوسرے حصوں میں بھی مشیمیی ذبول (choroidal atrophy) کی چکتیاں موجود ہوں۔ یہ چکتیاں اکثر عنبۂ مؤخر (posterior staphyloma) کے ساتھ مِل کر اس طرح ایک جان ہو جاتی ہیں کہ ایک وسیع سفید رقبہ دکھائی دیتا ہے جس میں کم یا زیادہ لونی مادّے کی چتّیاں یا حاشیہ موجود ہوتا ہے۔ لطخی خِطّے کے ابتدائی تغیّرات باریک لکیروں یا انشقاقات (fissures)

کی صورت میں ظاہر ہو سکتے ہیں۔ شدید درجہ کے قصر البصر (مایوپیا) میں نزفات (hæmorrhages) ہو سکتے ہیں، بالخصوص لطخی خطے میں، اور زجاجیہ کی سیّالی (رقّت) اور عتمات (opacities) بھی پائے جاتے ہیں۔

علاج یہ ہے کہ نزدیک سے دیکھنے کے کاموں (near work) سے احتراز کیا جائے، آنکھوں کو آرام دیا جائے، دھنیلی عینک (smoked glasses) استعمال کی جائے، بیرون خانہ زندگی (مفاوبیت) اختیار کی جائے، اور عام صحت کی طرف توجہ کی جائے۔ مترقی درجہ (progressive stage) کے دوران میں وہی علاج اختیار کرنا چاہیے جس کی سفارش التہاب مشیمیہ (choroiditis) کے لئے عمومی حیثیت سے کی گئی ہے۔

ریمی التہاب مشیمیہ

(Purulent Choroiditis)

اِس مرض میں مشیمیہ (choroid)، جسم ہدبی (ciliary body) اور قزحیہ (iris) ایک ریمی التہاب میں مبتلا ہو جاتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ کُرۂ چشم تلف و برباد ہو جاتا ہے۔ بیشتر اصابات میں کرۂ چشم کی تمام ساختیں ماؤف ہو جاتی ہیں، جس کا نتیجہ التہاب کل العین (panophthalmitis) ہوتا ہے (صفحہ 205)۔ شاذ صورتوں میں یہ التہاب مشیمیہ ہی تک محدود رہتا ہے (تقیحی التہاب مشیمیہ suppurative choroiditis)، اور اِس کے ریمی رشحہ (purulent exudate) سے زجاجیہ میں پھوڑا بنجاتا ہے، جس میں التہاب کے کوئی بیرونی شواہد تو

199

موجود نہیں ہوتے مگر بصارت جاتی رہتی ہے۔

علامات جو التہابِ قزحیہ و جسمِ ہدبی (irido-cyclitis) کے متعلق پہلے درج ہو چکے ہیں، وہی حاد اور شدید صورت میں پائے جاتے ہیں۔ درد شدید، ملتحمہ کا امتلا (congestion) نمایاں اور اُس کے ساتھ تہبّج (chemosis) اور پپوٹوں کا ورم۔ قرنیہ ابر آلود (مکدّر) ہوتا ہے اور مائیہ (aqueous) اور زجاجیہ (vitreous) میں پیپ نمودار ہو جاتی ہے، جس کی وجہ سے قعرِ چشم کی تفصیلات نظر نہیں آسکتیں۔ بصارت جلد ہی جاتی رہتی ہے بنیئی اختلال (constitutional disturbance) عموماً بہت زیادہ ہوتا ہے۔

اُن اصابات میں جن میں یہ مرضی عمل محدود رہتا ہے، حاد علامات میں تخفیف ہو جانے کے بعد ایک نابینا، انحطاط یافتہ، اور مذبول کُرہ چشم باقی رہ جاتا ہے۔ ایسی حالت میں اندرونِ چشم سے ایک زردی مائل یا کسی قدر خاکستری زرد معکوسہ (reflex) حاصل ہوتا ہے، جو اِس ریمی انحطاط یافتہ تودہ کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اِس تودہ کو کاذب سرِیشی سلعہ (pseudo-glioma) کہتے ہیں، اِس وجہ سے کہ یہ رنگ میں شبکیہ کے سرِیشی سلعہ (گلایوما) سے مشابہ ہوتا ہے۔

بحثِ اسباب۔ جسم کے باہر یا اندر سے ریم زا خُرد عضویوں (pyogenic microbes) کی اندرونِ چشم کی سرایت۔ بروں زاد سرایت (ectogenous infection) اکثر و بیشتر چھیدنے والے زخموں سے واقع ہوتی ہے، جن میں جراحی عملیات، ثاقب قروح (perforating ulcers)، قرنیہ کے پتلے ندبات (scars)

اور بروز قزحیہ (prolapse of iris) شامل ہیں۔ دروں زاد سرایت (endogenous infection) مُعفّن سدادیت (septic embolism) کا نتیجہ ہوتی ہے (سروجی یا انتقالی رمد metastatic ophthalmia) اور اکثر و بیشتر نفاسی تقیح الدم (puerperal pyæmia) میں، نیز جراحی تقیح الدم (surgical pyæmia) میں اور محجری خلوی التہاب (orbital cellulitis) سے سرایت پھیل جانے کی حالت میں دیکھی جاتی ہے۔ نیز سحائی التہاب (meningitis) اور دماغی نخاعی سحائی التہاب (cerebro-spinal meningitis) کی حالتوں میں، بالخصوص بچوں میں، اور بعض اوقات ساری امراض (infectious diseases) میں دروں زاد سرایت واقع ہو سکتی ہے۔

علاج۔ بصارت کا بچانا ناممکن ہے، درد کی تخفیف کے لئے مارفین (morphine) استعمال کرنا چاہئیے، اور مقامی طور پر گرم اور تر رفادات (hot moist compresses) لگائے جائیں۔ اگر مرضی عمل نے آنکھ کی تمام ساختوں کو ماؤف کر دیا ہو تو التہاب کل العین (panophthalmitis) کا علاج اختیار کرنا چاہئیے۔

شقاق مشیمیہ (Coloboma of the Choroid)۔ یہ مشیمیہ اور شبکیہ کا ایک پیدائشی نقص ہے، جو ایک بڑی سفید چکتی کی صورت میں نظر آتا ہے، جو صلبیہ (sclera) کی قائم مقام ہوتی ہے۔ یہ شقاق عموماً قرص (disc) سے نیچے واقع ہوتا ہے۔ شبکیہ کے عروق اس چکتی پر سے عبور کرتے ہوئے نظر آتے ہیں۔ اس نقص سے متناظر ایک ظلمہ (scotoma) (نابینا رقبہ) بھی ہوتا ہے۔ اکثر اس حالت

200 کے ساتھ شقاقِ قزحیہ (coloboma in iris) بھی ہوتا ہے اور شقاق کے مقابل عدسہ کے خطِ استواء پر ایک کٹاؤ بھی پایا جاتا ہے۔

مشیمیہ کا تشقق (پھٹ جانا) (Rupture of the Choroid)۔ بعض اوقات یہ کُرہ چشم کی کوفتگی (contusion) کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ایسی چوٹ کا فوری اثر یہ ہوتا ہے کہ خون عابدر (extravasated) ہو کر زجاجیہ کے اندر آجاتا ہے۔ اس کے جذب ہو جانے کے بعد ایک لمبی زردی مائل سفید دھاری دکھائی دیتی ہے، جس کی کوریں ملوّن (رنگدار) ہوتی ہیں اور جو عموماً قرص (disc) کے قرب و جوار میں اور اُس کی بیرونی جانب پر ہوتی ہے۔

مشیمیہ کا درنہ (Tubercle of the Choroid)۔ یہ حاد دُخنی تدرن (acute miliary tuberculosis) میں اور تدرنی سحائی التہاب (tuberculous meningitis) میں واقع ہوتا ہے۔ یہ درنے چھوٹے چھوٹے زردی مائل سفید دھبّوں کی طرح، شبکیتی دُھند (retinal haze) سے گھرے ہوئے، مختلف تعداد میں، لطخی خطّے میں قرص کے نزدیک دکھائی دیتے ہیں، یا قعرِ چشم پر پھیلے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ اُن دھبّوں سے مشابہ ہوتے ہیں، جو منتشر التہابِ مشیمیہ (disseminated choroiditis) میں پائے جاتے ہیں، مگر نسبتہً بہت چھوٹے ہوتے ہیں۔ خُردبین سے یہ عفریتی خلیّوں (giant cells) اور چھوٹے گول خلیّوں پر مشتمل نظر آتے ہیں، جن میں درنی عُصَیّے (tubercle bacilli) ملتے ہیں۔ اِن کے لئے کسی علاج کی ضرورت نہیں، کیونکہ جب یہ دھبّے موجود ہوتے ہیں تو نظامِ جسم کا مرض ہمیشہ بسرعت مہلک ہوتا ہے۔

کبھی کبھی تدرتن ایک منفرد ناہموار تودہ کی شکل میں لطخہ (macula) کے پاس پایا جاتا ہے۔ اس پر بچوں میں سریشی سلعہ (glioma) کا اور بالغوں میں لحمی سلعہ (sarcoma) تک کا مغالطہ ہوسکتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ تودہ صلبیہ کو ماؤف کر کے سوراخ کر دے۔ ایسی حالتوں میں انقاف (enucleation) کی حاجت ہوتی ہے۔ دوسری حالتوں میں ٹیوبرکیولین (tuberculin) کے اشرابات کی ضرورت ہوسکتی ہے۔

مشیمیہ کا لحمی سلعہ (Sarcoma of the Choroid) (ملاحظہ ہوں درون عینی سلعات :Intra-ocular Tumours باب ۱۵)۔

201

باب چہاردہم

رمدِ مشارکی — التہاب کل العین

(SYMPATHETIC OPHTHALMITIS—PANOPHTHALMITIS)

التہابِ عنبیہ (uveitis) جیسا کہ اس کے نام سے ظاہر ہوتا ہے، سارے عنبیتی خطّے (uveal tract) ۔ یعنی قزحیہ (iris)، جسمِ ہدبی (ciliary body)، اور مشیمیہ (choroid) ۔ کا التہاب ہے۔ اِس کی دو قسمیں ہوتی ہیں: (۱) مصلی (serous) یا تکوینی (plastic)، اور (۲) ریمی یا قیحی (purulent)۔ یہ دونوں قسمیں التہاب جسمِ ہدبی (cyclitis) کے سلسلہ میں بیان کی گئی ہیں، جس کے متعلق پہلے بتلایا گیا ہے کہ عام طور پر یہ محض التہابِ عنبیہ (uveitis) کا ایک جز ہوتا ہے۔ مگر اس کی دو خاص قسمیں ہوتی ہیں: (۱) مشارکی التہابِ عنبیہ (sympathetic uveitis) جو عام طور پر مشارکی التہابِ چشم (sympathetic ophthalmitis) کے نام سے مشہور ہے، اور (۲) ریمی یا قیحی التہابِ عنبیہ (purulent uveitis) کی وہ شکل جو التہابِ کل العین (panophthalmitis) کے نام سے مشہور ہے۔

مشارکی التہاب چشم

(SYMPATHETIC OPHTHALMITIS)

مشارکی التہابِ چشم (رَمدِ مشارکی sympathetic ophthalmia) ایک آنکھ سے عنبیتی خطّے کا مصلی (serous) یا تکوینی (plastic) التہاب ہے، جو دوسری آنکھ کے اِسی طرح کے التہاب کے اثرات سے پیدا ہوگیا ہو۔

بحث اسباب اور وقوعِ مرض (حدوث) ۔ یہ التہاب عموماً پہلی آنکھ کے ضربی التہابِ قزحیہ وجسمِ ہدبی (traumatic iridocyclitis) کی وجہ سے ہوتا ہے، جو تفرّزِ ثاقب یعنے چھیدنے والی چوٹ، شلاً ہدبی خطّے (ciliary region) میں اتفاقی طور پر یا عملیہ کی وجہ سے زخم ہوجانے، کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اگر قزحیہ (iris) یا جسمِ ہدبی (ciliary body) زخم میں پھنس جائے تو خطرہ اور بھی زیادہ ہوجاتا ہے! اندرونِ چشم میں اجنبی اجسام (foreign bodies) کی موجودگی سے بھی اِس مرض کی تحریک ہوجانے کا امکان ہے۔ بعض اوقات یہ اُس التہاب قزحیہ و جسمِ ہدبی (iridocyclitis) کا نتیجہ ہوتا ہے، جو قرنیہ کے قروحِ ثاقبہ (perforating corneal ulcers) کے بعد پیدا ہوجاتا ہے۔ شاذ حالتوں میں کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ یہ کسی ثاقب (چھیدنے والے) ضرر کے بغیر بھی واقع ہوجاتا ہے۔ ایک کرۂ چشم کے تقیحی التہابات نہایت ہی شاذ طور پر مشارکی التہابِ چشم (sympathetic ophthalmitis) پیدا کرتے ہیں۔

خوش قسمتی سے یہ مرض زیادہ کثیرالوقوع نہیں ہے - بچوں میں اِس مرض کی خاص استعداد ہوتی ہے - عدم عفونت (asepsis) اور دفعِ عفونت (antisepsis) کے طریقوں نے جراحی عملیات کے بعد اِس کے وقوع کے خطرہ کو کم کر دیا ہے - تحریک رساں آنکھ (exciting eye) کی چوٹ کے بعد یہ مرض عموماً پانچویں اور آٹھویں ہفتے کے درمیان شروع ہوتا ہے، اور شاذ صورتوں میں تین ہفتے گذرنے سے پہلے - لیکن کئی مہینے گذرنے کے بعد بھی اِس کا واقع ہوجانا ممکن ہے، اور ایک بچہ میں تو یہ اس قدر جلد واقع ہوا کہ چوٹ کے بعد نویں روز ہی شروع ہوگیا - 202

ابتداءً ماؤف ہونے والی آنکھ کو تحریک رساں یا محرّک آنکھ (exciting eye) کہتے ہیں، اور اُس آنکھ کو جو ثانوی طور پر مبتلا ہوجاتی ہے مشارک (ہمدرد) (sympathizing) کہتے ہیں -

علامات - ہمیشہ تو نہیں لیکن بیشتر مریضوں میں یہ مرض ایک ایسا درجہ پیش کرتا ہے جسے مشارکی خراش (sympathetic irritation) کے نام سے یاد کرتے ہیں - اِس درجہ کو پہچاننا نہایت اہم اور ضروری ہے، کیونکہ اس زمانہ میں تحریک رساں آنکھ کو نکال دینے کا اثر تقریباً یقینی طور پر یہ ہوتا ہے کہ مرض خراش کے درجہ سے آگے بڑھ کر حقیقی التہاب کے درجہ تک نہیں پہنچنے پاتا -

مشارکی خراش (Sympathetic Irritation) کے علامات - مشارک (ہمدرد) آنکھ 'خراش پذیر' ('irritable') ہوتی ہے - نور ترسی (photophobia) اور اشک ریزی نمایاں ہوتی ہے - آنکھ اور اُس کے متصلہ حصوں میں وجع العصبی (neuralgic) درد ہوتا ہے

جب آنکھوں کو نزدیک کے کام کے لئے استعمال کیا جاتا ہے تو بصارت دھندلی ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ چمک اور رنگ کے احساسات بھی ہوں۔

تحریک رساں آنکھ میں عموماً التہابِ قزحیہ و جسم ہدبی (iridocyclitis) یا التہاب عنبیہ (uveitis) پایا جاتا ہے، جو خفیف یا شدید ہو سکتا ہے۔ جب مشارک (ہمدرد) آنکھ ماؤف ہو جاتی ہے تو ممکن ہے کہ اس وقت تحریک رساں آنکھ میں خراش کے علامات اور ہدبی خطہ پر نمایاں الیمیت (tenderness) موجود ہو۔

ممکن ہے کہ تحریک رساں آنکھ میں خراش کے یہ علامات ٹھہر ٹھہر کر (وقفوں کے ساتھ) ہوں۔ ممکن ہے کہ ہر حملہ کئی دنوں یا ہفتوں تک جاری رہ کر پھر کم ہو جائے، اور بار بار عود کرتا رہے۔ ممکن ہے کہ آخر کار یہ علامات بالکل غائب ہو جائیں لیکن قاعدہ ہے کہ اگر تحریک رساں آنکھ کو نکال نہ دیا جائے تو اِس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مشارکی التہاب (sympathetic inflammation) طاری ہو جاتا ہے۔ شگافی چراغ (slit-lamp) کے ذریعہ امتحان کرنے سے نہایت ابتدائی درجہ ہی میں قیمتی معلومات حاصل ہو سکتے ہیں۔

مشارکی التہاب کے علامات ۔۔ یہ علامات خراش کے علامات کے بعد فوراً ہی، یا مشارک (ہمدرد) آنکھ کے کچھ عرصہ تک سکون کی حالت میں رہنے کے بعد واقع ہو سکتے ہیں۔ یہ حادثہ طور پر یا غیر محسوس طور پر شروع ہو سکتے ہیں۔ التہاب جب ایک بار قائم ہو جاتا ہے تو پھر وہ مزمن ہو جاتا ہے، اور اُس کی مُدت مہینوں بلکہ ایک یا دو سال کی ہوتی ہے۔ مریضوں کی اکثریت میں اس کا نتیجہ نابینائی ہے، اگرچہ کبھی کبھی جبکہ التہاب خفیف ہو ممکن ہے کہ

کار آمد بصارت محفوظ رہے۔

نور ترسی (فوٹو فوبیا)، تدمع (اشک ریزی)، دھندلا نظر آنا (دھند) اور ہدبی خطے میں الیمیت (tenderness) کے علامات ہوتے ہیں اِس کے ساتھ گرد قرنیہ اِشراب (circumcorneal injection)، قرنیہ کی پچھلی سطح پر مُنقّط سطروحات (punctate deposits)، خزانۂ مقدم کی گہرائی میں زیادتی، پُتلی سُکڑی ہوئی، اور تناؤ میں زیادتی ہوتی ہے۔

203

ممکن ہے کہ خفیف حالتوں میں اِس کے علامات التہابِ جسم ہدبی (cyclitis) یا التہابِ قزحیہ وجسمِ ہدبی (iridocyclitis) کے علامات سے آگے نہ بڑھیں۔ لیکن عموماً وہ ترقی پاکر تکوینی التہاب عنبیہ (plastic uveitis) کی صورت اختیار کر لیتے ہیں، جس میں قزحیہ، جسمِ ہدبی، اور مشیمیہ شامل ہوتے ہیں اور مندرجہ ذیل امارات ظاہر ہوتے ہیں: قزحیہ (iris) دبیز ہوجاتا ہے، اُس کا رنگ بدل جاتا ہے، اُس کے نشانات مِٹ جاتے ہیں، اور اُس کی سطح پر نئے عروق دمویہ نمودار ہوجاتے ہیں۔ وہ متعدد اور وسیع مؤخر التصاقات (posterior synechiæ) کے ذریعہ مضبوط بندھا ہوا ہوتا ہے۔ تکوینی رشحہ (plastic exudation) پُتلی کو اور خزانۂ مقدم (anterior chamber) کے کم یا زیادہ حصّہ کو بھر دیتا ہے جو کم گہرا ہوجاتا ہے۔ اِس تکوینی التہاب (plastic inflammation) میں مشیمیہ (choroid) اور شبکیہ (retina) حصّہ لیتے ہیں، زجاجیہ (vitreous) میں متعدد عتمات (opacities) نمودار ہوجاتے ہیں، اور عدسہ (lens) غیر شفاف ہوجاتا ہے۔ آخر کار شبکیہ اپنی جگہ سے ٹوٹ کر ہٹ جاتا ہے (detachment: انفکاکِ شبکیہ)، آنکھ کا ڈھیلا سکڑ کر

ذبول (atrophy) کی حالت اختیار کر لیتا ہے۔

انتقال مرض (Transmission) کے متعلق نظریات۔

مشارک (ہمدرد) آنکھ میں التہاب کے وقوع کی توجیہ میں متعدد نظریے پیش کئے گئے ہیں، مگر کوئی نظریہ عام طور پر تشفی بخش تسلیم نہیں کیا گیا ہے۔ پیش کردہ نظریات حسب ذیل ہیں: (۱) سرایت ایک جانب کے عصب بصری کے غلاف سے تقاطع بصری (chiasma) میں جا کر مقابل جانب کی آنکھ کے عصب کے غلاف تک پھیل جاتی ہے۔ (۲) تحریک رساں آنکھ میں جو جراثیم داخل ہو گئے ہیں اُن کے سمیات مجاری لمف کی راہ سے دوسری آنکھ میں پہنچکر عمل (اثر) کرتے ہیں۔ (۳) مجروح آنکھ سے عنبیہ کا جو لونی مادہ (uveal pigment) جوئے خون کے اندر آزاد ہو جاتا ہے اُس کے خلاف (دوسری آنکھ میں) ایک ماسکی حسّاسیتی ردِّ عمل (focal allergic reaction) واقع ہوتا ہے۔ (۴) ایک قسم کا نوعی عضویہ (تقطیر پذیر قشب: filtrable virus)، جو صرف ایک آنکھ کے لئے ممرض (pathogenic) خیال کیا جاتا ہے، خون کی رو کے ذریعہ مقام مرض سے منتقل ہو جاتا ہے (سُروح : metastasis)۔ چونکہ ایسے عضویے اب تک الگ نہیں کئے گئے ہیں، لہذا خیال کیا جاتا ہے کہ یا تو وہ اسقدر چھوٹے ہیں کہ خردبین سے نظر نہیں آتے، یا سرایت رساں عامل ایک سم (toxin) ہے جو نوعی خرد عضویوں (specific micro-organisms) سے پیدا ہو جاتا ہے۔ فی الحال ان میں سے آخری توجیہ ہی اغلب سمجھی جاتی ہے۔

امراضیات (Pathology) ۔ تحریک رساں آنکھ اور مشارک (ہمدرد) آنکھ، دونوں میں مماثل تغیرات ہوتے ہیں۔ یہ تغیرات ایک درانی درریزش

(tuberculous infiltration) سے مشابہت رکھتے ہیں، اور سارے عنبیتی خطے (uveal tract) میں چھوٹے گول خلیوں کے گرہکی اجتماعات پر مشتمل ہوتے ہیں - بعد میں یہ دررَیزش زیادہ منتشر ہوجاتی ہے اور اس میں سرحلمہ نما (epithelioid) اور عفریتی خلیے (giant cells) بھی شامل ہوجاتے ہیں۔ شبکیہ (retina) میں نہایت کم تغیر ہوتا ہے۔ علاوہ ازیں وہ امراضیاتی تغیرات بھی جو معمولی التہاب عنبیہ (uveitis) میں ہوتے ہیں (صفحہ 189) مع اس کے مختلف عواقب کے رونما ہوتے ہیں۔

204

علاج۔ حفظ ماتقدمی علاج سب سے زیادہ اہم ہے، اور تحریک رساں آنکھ کو مندرجہ ذیل حالات میں نکال دینے سے تعلق رکھتا ہے: اگر مجروح آنکھ نابینا ہو، یا اس کی حالت ایسی ہو (بالخصوص اُسوقت جبکہ ہدبی خطہ ماؤف ہو) کہ ہمیں اس میں کارآمد بصارت محفوظ رہ سکنے کی توقع نہ ہو تو اس کا اِنقاف (enucleation) کردینا چاہئیے (یعنے اُسے نکالدینا چاہئیے) - اگر وہ خراش پذیر (irritable) ہو، اس میں ہدبی الیمیت (ciliary tenderness) موجود ہو، یا التہاب قزحیہ وجسمِ ہدبی (iridocyclitis) کے امارات (signs) ظاہر ہوں، یا اس کے اندر کوئی جسم غریب (foreign body) موجود ہو جو نکالا نہ جاسکے، تو اِن حالات میں مجروح آنکھ کا نکالدینا خاص طور پر ضروری اور لازمی ہوجاتا ہے۔

لیکن جب مجروح آنکھ میں کارآمد بصارت موجود ہو، یا جب اِس کا غالب امکان ہو کہ اِس آنکھ میں خاصی اچھی بصارت حاصل ہوسکے گی تو اِنقاف (enucleation) ایک ایسا مسئلہ ہوجاتا ہے جس کے متعلق فیصلہ کرنا اکثر مشکل ہوتا ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ مشارکی خراشش (sympathetic

irritation) کے علامات پیدا ہو کر پھر اُن میں تخفیف ہو جائے، اور اسکے باوجود مشارکی التہاب کبھی پیدا ہی نہ ہو۔ ایسی حالتوں میں، اگر مجروح آنکھ میں سکون رہے اور وہ التہاب سے مبرّا رہے تو اکثر انتظار کرنا جائز ہوگا، بشرطیکہ ہم مریض کو ہمیشہ زیرِ نگرانی رکھ سکیں۔

مشارکی التہاب کے ظاہر ہو جانے کے بعد مجروح آنکھ کے انقاف (نکالدینے) سے مرض کی ترقی پر کوئی (مفید) اثر نہیں پڑتا، اور ممکن ہے کہ تحریک رساں آنکھ کی بصارت بالآخر مشارک (ہمدرد) آنکھ کی نسبت بہتر رہے۔ اِس لئے، اِن حالات میں، تحریک رساں آنکھ کو نہیں نکالنا چاہیئے، بشرطیکہ اُس میں بصارت موجود ہو۔ لیکن اگر وہ بے بصر (اندھی) ہے اور التہاب کے علامات ظاہر کر رہی ہے تو پھر اُسکا انقاف (enucleation) کردینا چاہیئے، کیونکہ ممکن ہے کہ اُس کی موجودگی مشارک (ہمدرد) آنکھ کی حالت کو اور زیادہ خراب کر دے۔

خود رَدِ مشارکی (sympathetic ophthalmia) کا علاج یہ ہے: ایٹروپین کا استعمال (بشرطیکہ اِس سے علامات میں زیادتی نہ ہو)، گرم رفادات (hot compresses)، کامل سکون و آرام، پردہ دار حجرہ (shaded room)، اور دھنیلی عینک (smoked coquilles)۔ بعض اوقات کنپٹیوں پر جونکیں لگانا مفید ہوتا ہے۔ خارجی پروٹین (foreign protein) کا اِشراب اکثر فائدہ مند ہوتا ہے۔ سوڈیم سیلی سلیٹ (sodium salicylate) کی بڑی مقادیں، حتیٰ کہ روزانہ ۲۰۰ گرین تک، اکثر دی جاتی ہیں، اور بعض مریضوں میں ان کا اثر اچھا ہوتا ہے۔ بہت سے مریضوں میں سالورسان (salvarsan) کو آزمایا گیا، اور یقین کیا جاتا

ہے کہ اِس سے فائدہ ہوا۔ چونکہ یہ مرض طویل المدّت ہوتا ہے، لہٰذا مریض کی عام صحت کی نگرانی ضروری ہے۔

اگرچہ اِنذار (prognosis) ناموافق ہوتا ہے اور بہت سی حالتوں کا انجام نابینائی ہوتا ہے، تاہم علاج سخت باقاعدگی اور استقلال کے ساتھ کرنا چاہیئے۔ کم از کم بعض حالتوں میں، بالخصوص جبکہ التہاب مصلی (serous) قسم کا ہو، ممکن ہے کہ آخر کار اچھی خاصی بصارت حاصل ہو جائے۔ ممکن ہے کہ بصارت کی اصلاح کے لئے جرّاحی مداخلت کی ضرورت ہو، مگر تاوقتیکہ آنکھ کئی ماہ تک سکون کی حالت میں نہ رہے اِس طرح دخل دینے کا خیال نہیں کرنا چاہیئے۔ 205

التہابُ کُلّ العین

(PANOPHTHALMITIS)

یہ سارے عنبیتی خطّے (uveal tract) کا شدید ریمی التہاب (purulent inflammation) ہے، جو کُرۂ چشم کو پیپ سے بھر دیتا ہے، اور آخر کار اِس عضو کو تلف و برباد کر کے اختتام کو پہنچتا ہے۔ یہ مرض سرایت کی وجہ سے ہوتا ہے، اور ریمی التہابِ مشیمیہ (purulent choroiditis) سے مشابہت رکھتا ہے (آخر الذکر اصطلاح اکثر اِس کے مترادف کے طور پر استعمال کی جاتی ہے)، مگر اِس میں التہابی عمل زیادہ وسیع ہوتا ہے۔

بحثِ اسباب۔ یہ تقریباً ہمیشہ کُرۂ چشم کے سرایت زدہ زخموں کی وجہ سے ہوتا ہے، خواہ یہ زخم کسی اتفاقی حادثہ کے باعث ہوں یا عملیہ کا

نتیجہ ہوں۔ نیز یہ ساری قروح (infective ulcers) سے، تقیح الدم (pyæmia) اور نفاسی تسمم الدم (puerperal septicæmia) میں انتقالِ مرض (metastasis) کی وجہ سے، التہابِ سحایا (meningitis) اور بالخصوص بچوں میں دماغی نخاعی التہابِ سحایا (cerebro-spinal meningitis) سے پیدا ہوسکتا ہے۔

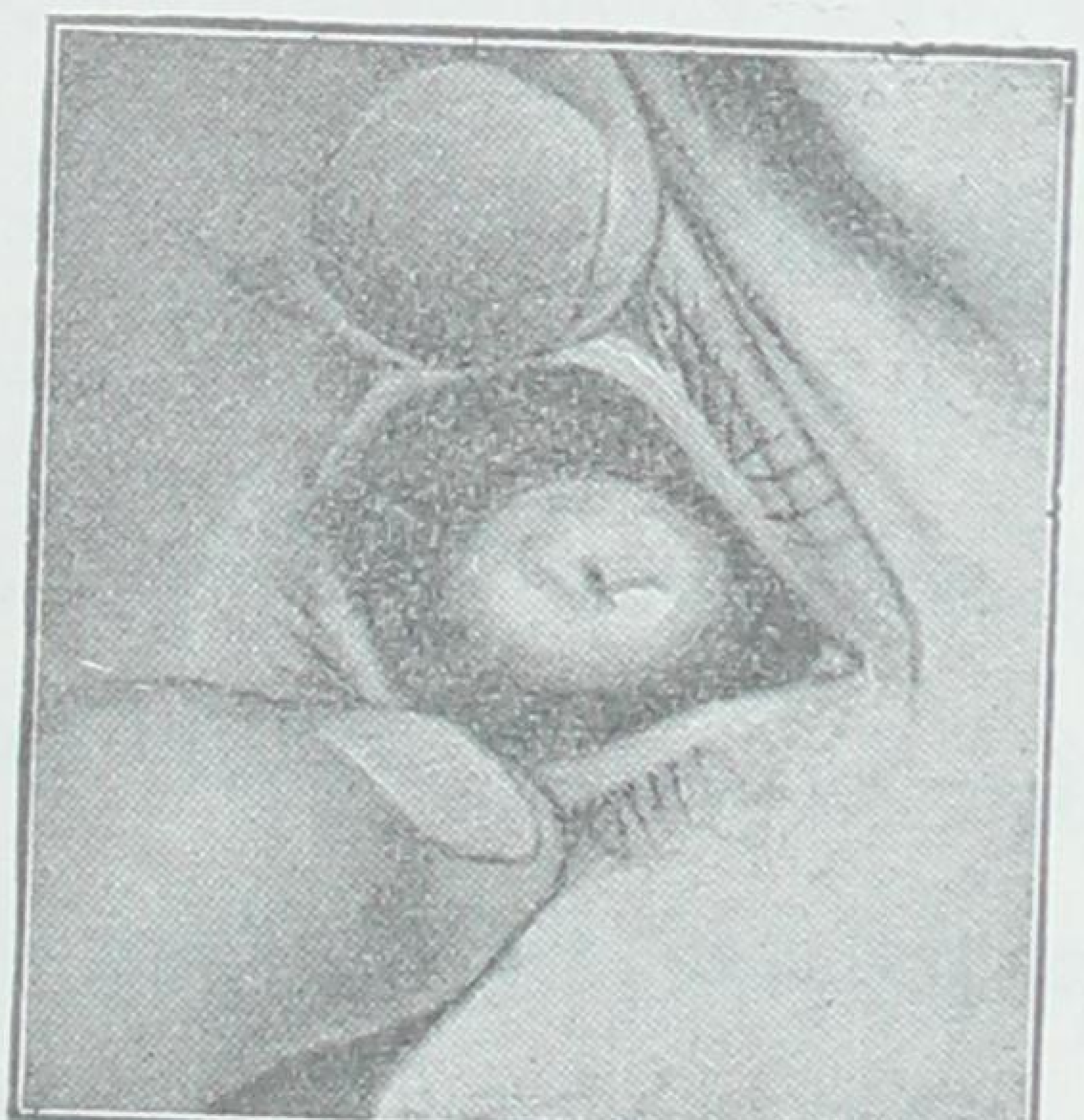
علامات (جو پہلے ریمی التہابِ مشیمیہ purulent choroiditis : کے سلسلہ میں بیان کئے گئے ہیں، صفحہ 198) حاد اور شدید ہونے کا امکان رکھتے ہیں۔ مرض کا آغاز عموماً ارتفاعِ تپش، تپ کے عام علامات، دردِ سر اور بعض اوقات قے کے ساتھ ہوتا ہے۔ آنکھ کے ڈھیلے میں شدید درد ہوتا ہے، بصارت تیزی سے زائل ہونے لگتی ہے، شدید ہدبی اور ملتحمی امتلا، نمایاں تہیجِ ملتحمہ (chemosis) اور پپوٹوں میں ورم اور سرخی ہوتی ہے (شکل ۱۵۹، صفحہ ۱۲)۔ قزحیہ (iris) جلد ہی ماؤف ہوجاتا ہے، خزانۂ مقدم اور زجاجیہ (vitreous) پیپ سے بھر جاتے ہیں، قرنیہ ابر آلود (مکدّر) اور زرد ہوجاتا ہے (شکل ۱۶۰، صفحہ ۱۲)، اور تناؤ بڑھ جاتا ہے۔ غلافِ ٹینن دررفتہ (infiltrated) ہوجاتا ہے اور اس کے بعد جحوظ (exophthalmos) واقع ہوکر کرۂ چشم کے حرکات محدود ہوجاتے ہیں۔

پیپ عموماً صلبیہ (sclera) کے اگلے حصے کو توڑ کر نکل آتی ہے جس کے بعد درد اور دیگر علامات میں تخفیف ہوجاتی ہے۔ چند ہفتوں کے دوران میں مرضی عمل اپنا سیر (course) ختم کرلیتا ہے، اور آخر کار ایک سکڑا ہوا اور بے بصر آنکھ کا ڈھیلا (ضمورِ مقلہ : phthisis bulbi)

شکل ۱۷۳) باقی رہ جاتا ہے۔

اِنذار (Prognosis) ہمیشہ ناموافق ہوتا ہے، اور بینائی ہمیشہ جاتی رہتی ہے۔ اس مرض سے رَمدِ مشارکی (sympathetic ophthalmia) نہیں پیدا ہوتا۔

علاج۔ داعیاتِ علاج یہ ہیں کہ تخفیفِ درد کے لئے گرم و تر رفادات (hot, moist compresses) استعمال کئے جائیں، اور صلبیہ میں شگاف دیا جائے تاکہ پیپ خارج ہو سکے۔ اگر مریض کا معائنہ ابتداء ہی میں ہوا ہے تو ممکن ہے کہ برقی مکوات (electro-cautery) کے ذریعہ سرایت کے ماسکہ کے کامل اور متواتر تکویہ (cauterization) (داغنے) سے، یا خزانۂ مقدم کے اندر آیوڈوفارم (iodoform) کی چھوٹی چھوٹی سلائیاں داخل کرنے سے، یا ان دونوں تدبیروں کے اشتراک سے فائدہ پہنچے، لیکن عام طور پر تو حشاء برآری (evisceration) کا ہی کی ضرورت ہوتی ہے۔ التہابی درجہ میں انقاف (enucleation) عمل میں لانا مناسب نہیں سمجھا جاتا، کیونکہ اس میں ریمی التہاب سحایا (purulent meningitis) (صفحہ 98) پیدا کر دینے کا خطرہ ہوتا ہے، لیکن حشاء برآری (evisceration) کا عملیہ کرنے کے بعد صلبیہ (sclera) کو پیچھے کی طرف عصبِ بصری کے رُخ میں قطع کیا جا سکتا



شکل ۱۷۴۔ ضمورِ بصلہ (Phthisis Bulbi)

206

ہے، اور اوتار (tendons) کو جیسا کہ اِنقاف میں کیا جاتا ہے کاٹ کر صلبیہ کے اگلے حصّے کو (عصبی سر کے گرد ایک جھالر چھوڑ کر) نکال دیا جاسکتا ہے۔ صلبیہ کو اِس طرح نکال دینے سے زخم جلد مندمل ہو جاتا ہے۔

207

باب پانزدہم

دروں چشمی سلعات

(INTRA-OCULAR TUMOURS)

دروں چشمی سلعات (intra-ocular tumours) شاذ ہیں۔ لیکن ان کی شناخت نہایت اہم ہے، کیونکہ اگر ابتداء مرض ہی میں کرۂ چشم کا انقاف (enucleation) کر دیا جائے تو ممکن ہے جان بچ جائے۔ ان کی دو قسمیں ہیں: (۱) مشیمیہ کا لحمی سلعہ (sarcoma of the choroid)، اور (۲) شبکیہ کا سریشی سلعہ (glioma of the retina)۔

مشیمیہ کا لحمی سلعہ

(SARCOMA OF THE CHOROID)

یہ خبیث بالیدگی عموماً ایسے بالغوں میں ہوتی ہے جن کی عمر چالیس سال اور ساٹھ سال کے درمیان ہو۔ یہ سلعہ ہمیشہ اوّلی (primary) اور منفرد ہوتا ہے، اور صرف ایک ہی آنکھ کو ماؤف کرتا ہے۔ یہ تکلے نما یا گول خلیوں سے بنتا ہے، اور عموماً ملوّن (pigmented) ہوتا ہے (میلانینی لحمی سلعہ

(melano-sarcoma :) - یہ ایک گول تودہ بنا دیتا ہے، جو مشیمیہ سے زیادہ تر اُس کے پچھلے قطب کے قریب سے نکلکر کرۂ چشم کے مرکز کی طرف بڑھتا ہے۔ کچھ عرصہ بعد یہ زجاجی ورقہ (lamina vitrea) کو چھید کر زیادہ تیزی کے ساتھ بڑھنے لگتا ہے اور زیرشبکی فضا (sub-retinal space) میں ایک گروی تودہ بنا دیتا ہے، جو اپنی چوٹی کے سامنے شبکیہ کو آگے آگے ڈھکیلتا اور اپنے اطراف میں اُسے علیحدہ کرتا جاتا ہے (انفکاکِ شبکیہ detachment of retina : شکل ۱۷۴)۔



شکل ۱۷۴، مشیمیہ کا لحمی سلعہ مع انفکاکِ شبکیہ (Sarcoma of the Choroid with Detachment of the Retina)

علامات۔ اِس کے چار درجے ہوتے ہیں۔

پہلے یا سکونی درجہ (quiescent stage) میں میدانِ بصارت میں نقص اور بصارت میں کمی ہوتی ہے، اور اِن دونوں کا انحصار سلعہ (رسولی) کے صحیح محلِ وقوع پر ہوتا ہے۔ ممکن ہے چشم بین سے ایک زردی مائل، بھورا، یا سیاہ تودہ دکھائی دے، جس پر شبکیہ کے عروق کا تعاقب کیا جاسکے، اور اِن کے پیچھے دوسرے عروق کا جو خود رسولی سے تعلق رکھتے ہیں لیکن اکثر اوقات شبکیہ کی علٰحدگی (انفکاک) واقع ہو جاتی ہے اور اس سے یہ منظر دھندلا پڑ جاتا ہے۔ اِس بالیدگی (رسولی) کے مقام کے قریب ہی موخر ہدبی وریدیں (anterior ciliary veins) پھیلی ہوئی مِل سکتی ہیں۔ یہ درجہ عموماً ۱۸ ماہ سے لیکر دو سال تک جاری رہتا ہے۔

208

دوسرے یا خراشی درجہ (irritative stage) میں

سلعہ کی جسامت بڑھ کر درد اور التہابی گلاکوما کے دوسرے علامات پیدا ہو جاتے ہیں۔

تیسرے یا بیرون عینی درجہ (extra-ocular stage) میں سلعہ کرۂ چشم میں سے باہر پھوٹ پڑتا ہے، اور پھر نہایت تیزی کے ساتھ جسامت میں بڑھتا اور متقرح ہو جاتا ہے۔ بیشتر حالتوں میں وہ سامنے کی طرف چھید کر دیتا ہے جس سے ایک سیاہ تودہ نظر آتا ہے۔ اگر وہ پیچھے کی طرف چھید کرتا ہے تو جحوظ (exophthalmos) پیدا ہو جاتا ہے۔ جلد ہی وہ قرب و جوار کی ساختوں کو ماؤف کر دیتا ہے، جن میں دماغ بھی شامل ہے۔

چوتھا درجہ ثمردھات (metastases) یعنی مرضی انتقالات کے وقوع کی وجہ سے ممیّز ہے، جو بیشتر اوقات جگر میں ہوتے ہیں۔

امراضیات۔ یہ سلعہ گول یا تکلے نما خلیوں سے بنا ہوا ہوتا ہے، جو کم و بیش ملوّن ہوتے ہیں، اور جن کا نمو مشیمیہ (choroid) کی بیرونی اور درمیانی تہوں کے ہیکلی خلیات (stroma cells) سے ہوتا ہے۔ یہ عموماً عروقی ہوتا ہے، مگر اس میں طبعی عروقی دیوار نہیں ہوتی۔ یہ دیوار اکثر صرف سرطلعہ سے بنتی ہے، یا ممکن ہے کہ دیوار بالکل ہی نہ ہو اور محض عروقی مجاری (راستے) ہوں۔

تفریقی تشخیص۔ مشیمیہ کے لحمی سلعہ پر انفکاک شبکیہ (detachment of the retina) گلاکوما یا شاید شبکیہ کے سرلیشی سلعہ (glioma) کا مغالطہ ہو سکتا ہے لیکن آخرالذکر (سرلیشی سلعہ) صرف زندگی کے ابتدائی سالوں میں واقع ہوا کرتا ہے۔ معمولی انفکاک شبکیہ عموماً قصیر البصر (myopic) آنکھ میں ناگہانی طور پر، یا گھونسا لگنے کے بعد واقع ہوتا ہے

اور تناؤ کم ہو جاتا ہے۔ علامات منذرہ (تنبیہی علامات premonitory symptoms:) جیسے کہ عموماً گلاکوما سے پہلے ہوتے ہیں، نہیں ہوتے، نہ علامات میں فترات (remissions) پائے جاتے ہیں۔ صرف ایک ہی آنکھ ماؤف ہوتی ہے، گلاکوما کا مخصوص میدان بصر (جس میں انفی تحدید nasal limitation : ہوتی ہے) نہیں موجود ہوتا، اور عموماً التہابی علامات ظاہر ہونے سے پہلے ہی نظر کمزور پڑ جاتی ہے۔ عبوری تنویر (transillumination) کے لئے جو آلات ایجاد کئے گئے ہیں اُن میں سے کسی ایک کی مدد سے کوئی ٹھوس ورم جو اگلے نصف کرہ میں ہو ظاہر ہو جائے گا۔

علاج۔ تشخیص قائم ہوتے ہی اِنقاف (enucleation) کا عملیہ کر دینا چاہیئے، جس میں عصب بصری کو بہت پیچھے ہٹ کر کاٹنا مناسب ہے۔ ممکن ہے کہ آنکھ کے تمام مشمولات کو نکال دینے کی ضرورت پڑے۔ اِنقاف یا تخلیۂ حشاء (exenteration) کے بعد ریڈیم یا لاشعاعوں (X-rays) کے چند حفظ ماتقدمی تکشفات (prophylactic exposures) واجباتِ علاج ہیں۔ مرض کے مقامی نکس کا خطرہ اور اندرونی اعضاء میں ثُرحات (metastases) (مرضی انتقالات) کا خطرہ ہمیشہ موجود ہوتا ہے۔ اگر سلعہ کو جلد نہ نکال دیا جائے تو یہ عارضہ ہمیشہ مہلک ہوتا ہے، اور موت پانچ سال کے اندر ہی اندر واقع ہو جاتی ہے۔

شبکیہ کا سرطانی سلعہ

(GLIOMA OF THE RETINA)

یہ ایک خبیث بالیدگی ہے، جسے شبکیہ کا عصبی سر حلمی سلعہ (neuro-epithelioma) بھی کہتے ہیں۔ یہ چھوٹے خلیوں اور کسیقدر اساسی جِرم (basement substance) اور عروق دمویہ پر مشتمل ہوتا ہے، شبکیہ کی ذرّاتی تہوں سے نمویاب ہوتا ہے، اور غالباً پیدائشی ہوتا ہے۔ یہ پانچ سال سے کم عمر والے بچوں میں ہوتا ہے، عموماً ایک ہی آنکھ میں، کبھی کبھی دونوں آنکھوں میں، اور بعض اوقات اُسی خاندان کے پے در پے بچوں میں ہوتا ہے۔

علامات ۔ اس کے تین درجے تمیز کئے جا سکتے ہیں۔

پہلے یا سکونی درجہ (quiescent stage) میں التہابی علامات نہیں ہوتے۔ چشم بین سے چھوٹے چھوٹے سپیدی مائل یا زردی مائل تودے، جن میں فلزاتی چمک ہوتی ہے، زجاجیہ کے اندر بڑھتے ہوئے نظر آتے ہیں سطح پر نو ساختہ عروقِ دمویہ، اور ممکن ہے کہ نزف (hæmorrhages) اور سفید چکتیاں بھی ظاہر ہوں۔ والدین کی توجہ اُس نمایاں زرد معکوسہ (yellow reflex) کی وجہ سے منعطف ہوتی ہے، جو پُتلی میں سے (جو اکثر پھیلی ہوئی ہوتی ہے) بہ آسانی نظر آتا ہے۔ اس کے لئے قبلِ چشم بین زمانہ میں اِسی منظر کی وجہ سے کُمنتی گربہ چشم (amaurotic cat's eye) کی اصطلاح رائج ہوئی۔

دوسرے یا خراشی درجہ (irritative stage) میں درد، تناؤ کی زیادتی (تقریباً ۵۰ فیصدی مریضوں میں) اور گلاکوما کے دوسرے

علامات پائے جاتے ہیں۔ سلعہ جسامت میں بڑھکر زجاجیہ کے اندر پھیل جاتا ہے۔ جلد ہی وسائط (media) کے تکدّر (دھندلا ہو جانے) کی وجہ سے رسولی دکھائی نہیں دیتی۔

تیسرے یا بیرون علینی درجہ (extra-ocular stage) میں کرۂ چشم باہر کو اُبھر آتا ہے (عنبہ: staphyloma اور جحوظ exophthalmos: دونوں ہوتے ہیں) اور پھر انثقاب (perforation) واقع ہوتا ہے۔ بالیدگی (رسولی) عصب بصری کے برابر برابر پیچھے کی طرف جا کر دماغ تک پہنچ جاتی ہے (اور اِس طرح مہلک ثابت ہوتی ہے) اور سامنے کیطرف قرنیہ اور صلبیہ میں سے گزرتی ہوئی جسامت میں تیزی کے ساتھ بڑھتی ہوئی راستہ میں جو بافتیں اُسکے تماس میں آتی ہیں (اُسکو ملتی ہیں) اُن سب کو ماؤف کرتی جاتی ہے۔ سُروحات (مرضی انتقالات) (metastases) کسی قدر شاذ ہیں، مگر متصلہ غدد میں اور جسمی ہڈیوں میں واقع ہو سکتے ہیں۔

امراضیات (Pathology)۔ یہ سلعہ دماغ کے سریشی سلعہ سے مشابہ نہیں ہوتا۔ چھوٹے گول گنجان ٹھسے ہوئے خلیوں سے بنتا ہے، جن کے نواتات بڑے ہوتے ہیں اور جو عروق دمویہ کے گرداگرد یا نلیوں کی شکل میں مُرتّب، یا گلاب نما پھول (rosettes) کی شکل میں مجتمع ہوتے ہیں۔ اِس حالت میں اِن کے اندر کی طرف کے پھیلاؤ شبکیہ کے عصاؤں اور مخروطات (rods and cones) سے مشابہ ہوتے ہیں۔ عروق دمویہ سے تھوڑے فاصلہ پر، یہ خلیات تنخر (necrosis) کا رجحان ظاہر کرتے ہیں۔ یہ تودہ (سلعہ) شبکیہ کی بیرونی یا اندرونی سطح سے شروع ہوتا ہے۔ اول الذکر حالت میں وہ شبکیہ کو مشیمیہ سے جدا کر کے شبکیہ کا انفکاک (detachment) پیدا کر دیتا ہے۔

اگر بالیدگی اندر کی جانب کو ہے تو سعدانہ نما (polypoid) تو دے زجاجیہ پہ حملہ آور ہو کر جسامت میں بڑھتے بڑھتے بالآخر سارے کرۂ چشم کو بھر دیں گے۔ سلعہ ہمیشہ کثیر العناصر (مرکّب) ہوتا ہے اور کرۂ چشم کے مختلف حصّوں میں اس کے مرکز منتشر ہوتے ہیں۔ بالیدگی (رسولی) کا پھیلاؤ عموماً عصب بصری کے برابر برابر ہو کر وہاں سے جمجمی کہفہ (cranial cavity) کے اندر پہنچ جاتا ہے۔

تفریقی تشخیص۔ سرطانی سلعہ (glioma) کو کاذب سرطانی سلعہ (pseudo-glioma) (صفحہ 199) سے متفرق کرنا چاہئے۔ آخر الذکر ایک انحطاط یافتہ کرۂ چشم ہے جو اس ریمی التہاب مشیمیہ (purulent choroiditis) کا نتیجہ ہوتا ہے جو بچوں میں التہاب سحایا (meningitis) یا دماغی نخاعی التہاب سحایا (cerebro-spinal meningitis) کے بعد واقع ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر عارضہ میں سابقہ حاد حمائی مرض (acute febrile disease) اور التہاب کرۂ چشم کی سرگذشت ملے گی، اور تناؤ کم ہو جاتا ہے۔ چشم بینی امتحان ہی ایسی چیز ہے جس سے خاص رہنمائی حاصل ہوتی ہے۔ جب تذبذب ہو تو انقاف (enucleation) ہی عمل میں لانا چاہئے، کیونکہ ایسی آنکھیں ہمیشہ نابینا ہوتی ہیں۔

علاج۔ جس قدر جلد ممکن ہو انقاف (enucleation) عمل میں لایا جائے، اور عصب بصری کو بہت پیچھے سے کاٹا جائے۔ اگر عصب بصری کے کٹے ہوئے سرے کے خردبینی امتحان سے ظاہر ہو کہ بالیدگی (رسولی) نے اس حصّے کو بھی ماؤف کر دیا ہے یا اگر بالیدگی نے انثقاب (perforation) کر دیا ہے تو سارے چشم خانہ (محجر) کو صاف کر دینا چاہئے۔

ازاں بعد ریڈیئم یا لاشعاعوں کے ذریعہ سے مقامی علاج کرنا مناسب ہے۔ اس پر بھی عودِ مرض (نکس) کا خطرہ باقی رہتا ہے۔ اگر مریض عملیہ استیصال (excision) کے لئے راضی نہ ہو، یا جب دوسری آنکھ بھی ماؤف ہو گئی ہو تو بالیدگی (رسولی) کو ریڈیئم کے ذریعہ تلف کر دینے کی کوشش کرنا چاہیے۔ اِس مقصد کے لئے صلبیہ میں ایک چھوٹا شگاف دیکر اُس کی راہ سے ریڈان کے خول (radon seeds) راست رسولی کے اندر داخل کئے گئے ہیں۔ چنانچہ اِس ذریعہ سے چند مثالوں میں بالیدگی رک بھی گئی۔ جب استیصال کا عمل جلد اختیار کیا جاتا ہے تو شفایابی کا اچھا خاصہ موقع ہوتا ہے۔ تاوقتیکہ یہ نہ کیا جائے، موت دو یا تین سال کے اندر واقع ہو جاتی ہے۔

211

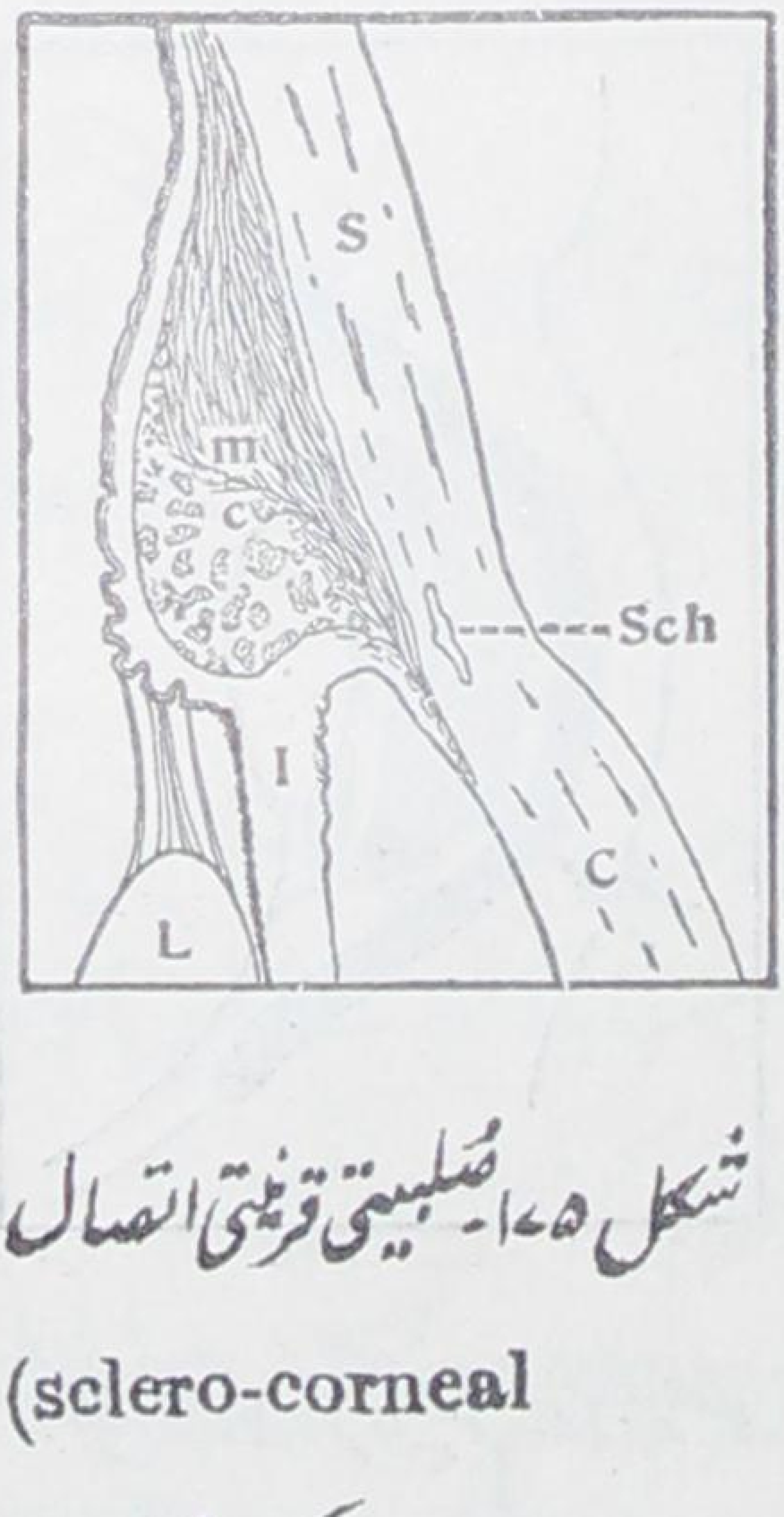
باب شانزدہم

زرق الماء (گلاکوما)

(GLAUCOMA)

تشریح - خزانۂ آبی (aqueous chamber) سامنے قرنیہ سے، پیچھے عدسہ (lens) اور اُس کے رباطِ معلق (suspensory ligament) سے، اور جانباً رباطِ مشطی (ligamentum pectinatum) اور جسم ہدبی (ciliary body) کے اگلے حصہ سے (شکل ۱۷۵) محدود ہوتا ہے۔ اُس کی گہرائی مختلف ہوتی ہے۔ نوعمروں میں، قصیر البصر (myopic) آنکھوں میں، اور اُس وقت جبکہ آنکھ اشیا بعید کے لئے ماسکہ پر لائی گئی ہو، خزانۂ آبی مقابلۃً گہرا ہوتا ہے۔ قزحیہ (iris) خزانۂ آبی کو ایک اگلے خزانہ (خزانۂ مقدم : anterior chamber) اور ایک پچھلے خزانہ (خزانۂ مؤخر : posterior chamber) میں تقسیم کرتا ہے۔ اول الذکر قزحیہ کے سامنے واقع ہے۔ آخر الذکر قزحیہ اور عدسہ کے درمیان کی حلقہ دار فضا ہے۔ چونکہ قزحیہ صرف اپنے حدقی حاشیہ (pupillary margin) کے قریب عدسہ کے تماس میں ہوتا ہے، لہذا یہ فضا پتلی سے لیکر قزحیہ کے محیطی کنارے تک گہرائی میں زیادہ ہوتی جاتی ہے اور عرضی تراش میں مثلثی ہوتی ہے۔ خزانۂ مؤخر پتلی کی وساطت سے خزانۂ مقدم کے ساتھ ارتباط رکھتا ہے۔

خزانۂ مقدم کے اُس حصے کو جہاں صُلبیتی قرنیتی حاشیہ (sclero-corneal margin)، قزحیہ (iris)٭ اور رباطِ مشطی (ligamentum pectinatum) تینوں باہم ملتے ہیں، خزانۂ مقدم کا زاویہ یا جوف (angle or sinus of the anterior chamber) کہتے ہیں (ان کو اکثر زوایائے قزحیہ iris angles : بھی کہتے ہیں)۔ یہ خطہ نہایت اہم ہے۔ اِسی کے کامل اور سالم ہونے پر اُس لِمف کا صحیح دوران منحصر ہے، جو کُرۂ چشم کے اگلے حصے کا تغذیہ کرتا ہے۔



شکل ۱۷۵، صُلبیتی قرنیتی اتصال (sclero-corneal junction) کے مقام پر کرۂ چشم کی تراش جس میں خزانۂ مقدم (anterior chamber) کا زاویہ نظر آتا ہے۔

S = صلبیہ، C = قرنیہ، I = قزحیہ

L = عدسہ، cm = عضلۂ ہدبیہ

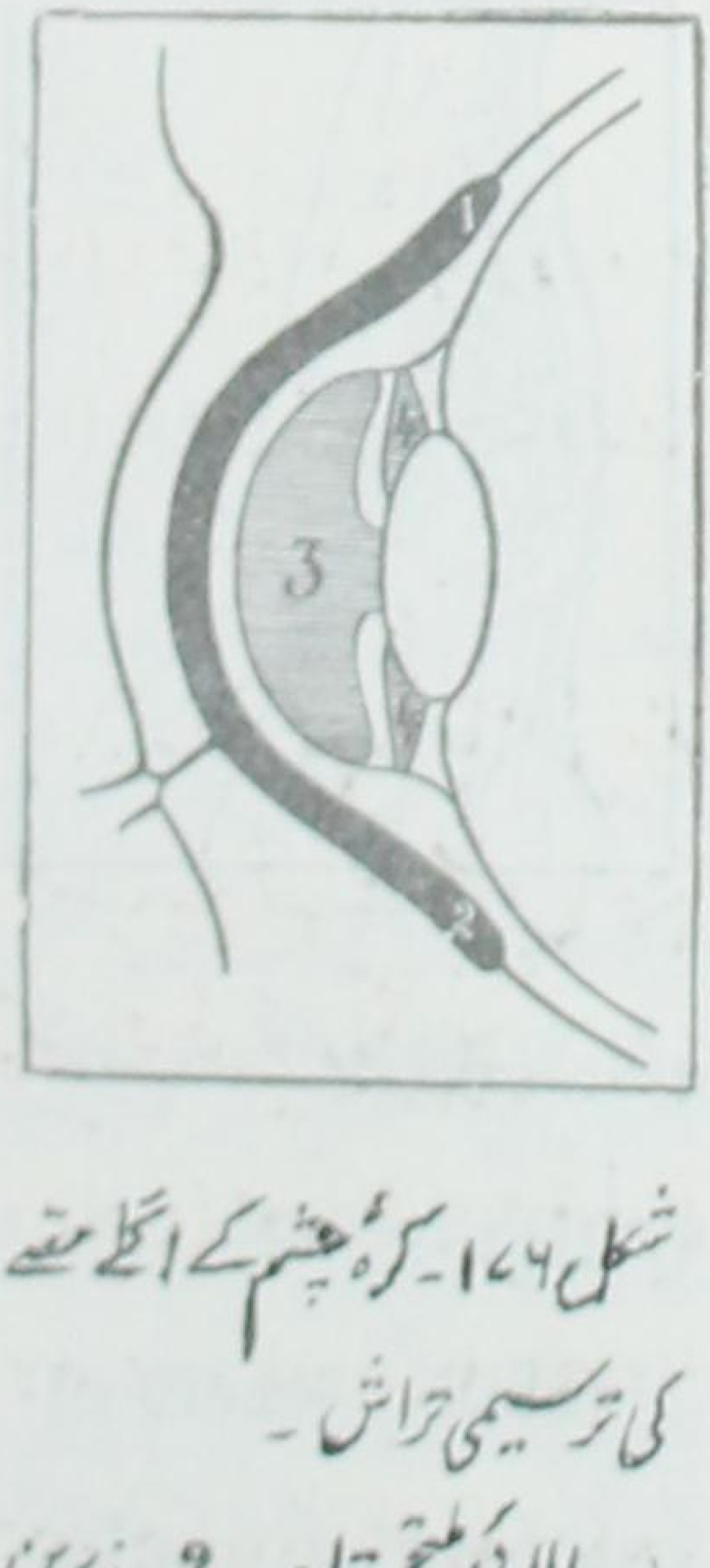
Sch = قنالِ شلیم۔

رباطِ مشطی (ligamentum pectinatum) قرنیہ کے حاشیہ پر غشائے ڈیسیمیٹ کے ٹوٹ کر ان بنڈلوں میں تقسیم ہو جانے سے بنتا ہے جو صلبیہ کو قزحیہ کی جڑ سے ملحق کرتے ہیں۔ یہ لچکدار ورقے (elastic laminæ) اُس درحلمہ (endothelium) سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں، جو قرنیہ کی پچھلی سطح کو ڈھانکنے والے درحلمہ کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے۔ اِس طرح سے وہ فضائیں بنجاتی ہیں جو مائیہ (aqueous) کے کہفہ کے ساتھ تسلسل رکھتی ہیں، جن میں درحلمہ کا استر ہوتا ہے اور جو فَنٹانا کی فضاؤں (spaces of Fontana) کے نام سے موسوم ہیں۔ ان کی بیرُونی جانب صلبیتی قرنیتی اتصال کے قریب قنالِ شلیم (Schlemm's canal) ہے جو جانباً مقدم ہدبی وریدوں (anterior ciliary veins) کے ساتھ

رابطہ رکھتی ہے ۔

212 ملتحمہ کے سوا آنکھ کے اور کسی حصے میں لمفی عروق نہیں ہوتے ۔ اِن عروق کی بجائے اور یہی وظیفہ ادا کرنے کے لئے مجارئ لِمف (lymph channels) اور لمفی فضائیں (lymph spaces) ہوتی ہیں ۔ یہ دو گروہوں میں تقسیم کی جا سکتی ہیں : ایک گروہ وہ جو کُرۂ چشم کے اگلے حصّے سے اور دوسرا وہ جو اُس کے پچھلے حصے سے تعلق رکھتا ہے ۔

مُقدّم لمفی فضائیں (anterior lymph spaces) اور کہیئے خزانۂ آبی (aqueous chamber) اور اُن حصوں پر مشتمل ہیں جو زاویۂ قزحیہ (iris angle) کے بالکل گرداگرد ہیں ۔ مقدم اور مؤخر خزانے دو بڑی لمفی فضائیں ہیں جن میں آنکھ کے اگلے حصہ کا لِمف جمع ہوتا ہے ۔ اِس لِمف کو رطوبتِ مائیہ (aqueous humour) کہتے ہیں ۔ یہ ایک صاف آبی سیال ہے جس کا افراز اُس سرحلہ سے ہوتا ہے جو زوائدِ مدبیہ (ciliary processes) کو اور قزحیہ کی پچھلی سطح کو ڈھانکتا ہے ۔ یہ افراز پہلے خزانۂ مؤخر میں جاتا ہے پھر پُتلی کی راہ سے گزر کر خزانۂ مقدم میں پہنچتا ہے اور رباطِ مشطی (ligamentum pectinatum) کی فضاؤں (فانٹانا کی فضاؤں) اور قنالِ شلیم (Schlemm's canal) کی راہ سے آنکھ سے خارج ہو کر مقدم ہدبی وریدوں (anterior ciliary veins) میں داخل ہو جاتا ہے ۔ ایک حصہ قزحیہ کی لمفی



شکل ۱۷۶ ۔ کرۂ چشم کے اگلے حصے کی ترسیمی تراش ۔

۱ ۔ بالائی ملتحمی تاچہ ۔ 2 ۔ زیریں ملتحمی تاچہ ۔ 3 ۔ خزانۂ مقدم ۔ 4 ۔ خزانۂ مؤخر ۔

فضاؤں میں جا کر وہاں سے فوق المشیمیہ لمفی فضا (suprachoroidal lymph space) میں داخل ہو جاتا ہے۔

مؤخر لمفی گذرگاہیں (posterior lymph spaces) زجاجیہ کی زجاجی قنال (hyaloid canal) اور فوق المشیمیہ (مشیمیہ اور صلبیہ کے درمیان کی) فضا پر مشتمل ہیں، اور اوردۂ دوّامہ (venæ vorticosæ) کے ساتھ فضائے ٹینن (Tenon's space) سے رابطہ رکھتی ہیں۔

زرق الماء یا گلاکوما (Glaucoma) آنکھ کا ایک اہم اور عام مرض ہے۔ اس کی مخصوص اور ممیز امارت (sign) درون چشمی تناؤ (intra-ocular tension) کی زیادتی ہے۔

اقسام۔ (۱) اوّلی (primary)، جب یہ بلا کسی سابقہ عینی مرض کے واقع ہو۔ (۲) ثانوی (secondary)، جب یہ آنکھ کے کسی سابق الوجود (pre-existing) مرض کے بعد اور اس کے نتیجہ کے طور پر واقع ہو۔

اوّلی گلاکوما (primary glaucoma) دو شکلوں میں پایا جاتا ہے: (۱) التہابی یا امتلائی (inflammatory or congestive)، اور غیر التہابی یا غیر امتلائی (non-inflammatory or non-congestive)، جسے عموماً سادہ (simple) بھی کہتے ہیں۔

التہابی قسم پھر (۱) حاد (acute) اور (۲) مزمن (chronic) میں تقسیم کی جاتی ہے۔

اوّلی گلاکوما کی سریری اقسام کے اختلافات دو امور پر مبنی ہیں: اول یہ کہ درون چشمی دباؤ کی زیادتی کس سرعت (رفتار) سے ہوتی ہے، دوم یہ کہ

یہ زیادتی کس بلندی (حد) تک پہنچتی ہے۔ چنانچہ جب تناؤ کی زیادتی تیزی کے ساتھ ہوتی ہے تو التہابی قسم پیدا ہوجاتی ہے، لیکن جب تناؤ بتدریج بڑھتا ہے تو کرۂ چشم ایک حد تک خود کو ان متغیر حالات کے موافق بنا لیتا ہے، اور بانیوجہ التہاب یا امتلا کے علامات موجود نہیں ہوتے یا نہایت ہی خفیف طور پر نمایاں ہوتے ہیں۔ ایسی حالت میں مرض کو سادہ (غیر التہابی non-inflammatory: یا غیر امتلائی (non-congestive:

گلاکوما کہتے ہیں۔ یہ قسم اپنے ہمر کے لحاظ سے ہمیشہ مزمن ہوتی ہے۔

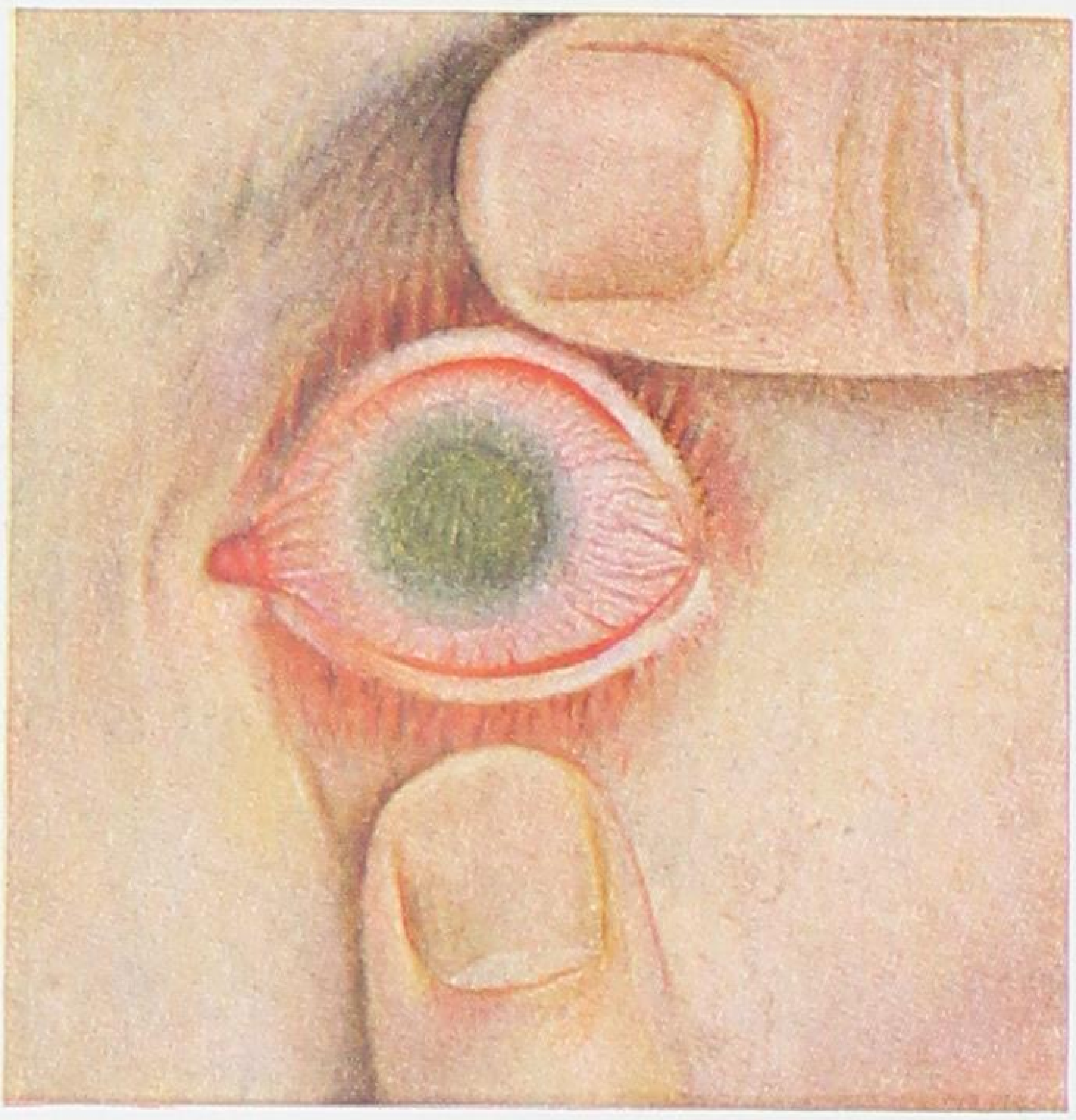
گلاکوما کی تمام قسمیں دورانِ مرض میں نہایت ممیز فترات (remissions) یا وقفے (intermissions) پیش کرتی ہیں۔

حاد امتلائی گلاکوما

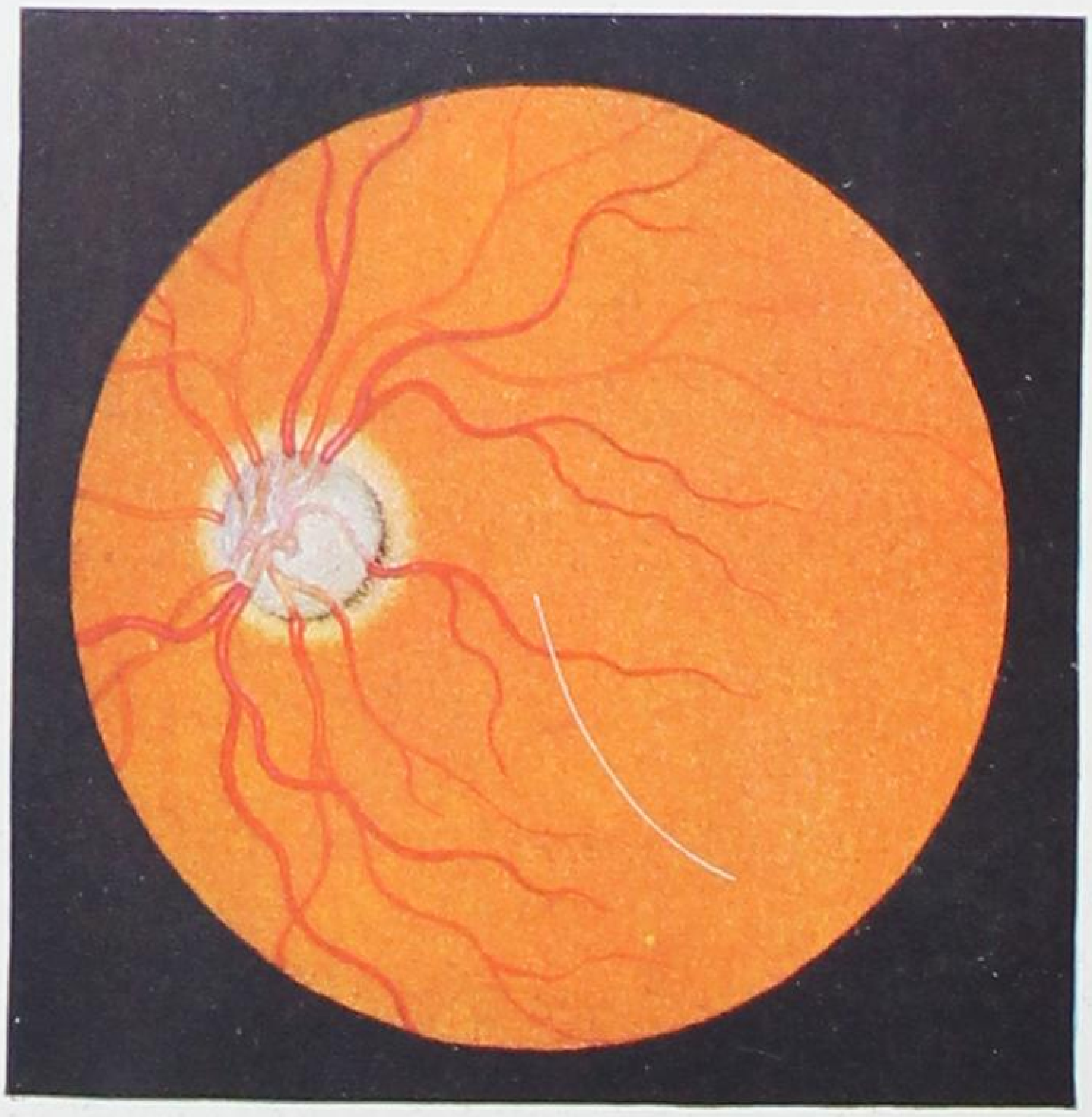
(Acute Congestive Glaucoma)

علامات ۔ گلاکوما ایک ایسی سریری تصویر پیش کرتا ہے جو مرض کی قسم کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے، اور جس کا انحصار مرض کے ناگہانی آغاز پر، اُس کی مدت پر، اور امتلائی علامات کی موجودگی یا عدم موجودگی پر ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے اس کی جماعت بندی حاد اور مزمن امتلائی یا التہابی حالتوں (acute and chronic congestive or inflammatory cases) کی حیثیت سے کی گئی ہے۔ اِس کی مختلف سریری قسموں کے درمیان ہمیشہ کوئی واضح خطِ فاصل قائم کرنا ممکن نہیں ہوتا، اور سادہ گلاکوما کسی وقت بھی حاد یا مزمن امتلائی قسم میں متغیر ہوسکتا ہے۔

اِس عارضہ کو تین درجوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے: (۱) درجۂ منذرہ



شکل ١٨٠—حاد امتلائی گلاکوما (Acute congestive glaucoma)



شکل ١٨١—مزمن گلاکومامیں قعر چشم
(Fundus in chronic glaucoma)

مقابل صفحہ ۴۲۰

(prodromal stage) (۲) فاعلی گلاکوما (active glaucoma) کا درجہ، (۳) گلاکوما مطلق (absolute glaucoma) کا درجہ - اِن میں ہم ایک چوتھا درجہ بھی شامل کر سکتے ہیں، یعنے درجۂ انحطاط (stage of degeneration)-

درجۂ مُنذرہ (Prodromal Stage) - یہ درجہ بیشتر مثالوں میں موجود ہوتا ہے لیکن بعض اوقات یہ نہیں بھی ہوتا - اِس میں بصارت میں کسیقدر کمی ہو جاتی ہے، یعنے نظر کے سامنے کُہر جیسا دُھندلا پن معلوم ہوتا ہے - چراغوں کے گِرد قوس قزح کے رنگوں کا حلقہ نظر آتا ہے - غور سے معائنہ کیا جائے تو قرنیہ، بالخصوص اُس کے مرکز میں کسیقدر ابر آلود (دُھندلا) معلوم ہوگا - یہ حالت (اُذیما) ہی مندرجۂ بالا علامات کا سبب ہے - آنکھ میں اور سر میں گرانی یا خفیف درد کا احساس ہوتا ہے - خزانۂ مقدم کی گہرائی کسیقدر کم، اور پُتلی قدرے پھیلی ہوئی، اکثر بیضوی، اور ردِ عمل (تعامل) میں سُست ہوتی ہے - کُرۂ چشم کا تناؤ زیادہ ہوتا ہے - اکثر خفیف سا گِرد قرنیتی اِشراب (circumcorneal injection) موجود ہوتا ہے -

214 یہ علامات چند گھنٹوں تک جاری رہ کر پھر بالکل غائب ہو جاتے ہیں - اب آنکھ اپنی طبعی حالت پر عود کر آتی ہے، بجز اِس کے کہ اُس کی طاقتِ توفیق (accommodation) میں کسیقدر کمی ہو جاتی ہے، جس کی وجہ سے مریض کو ایسی عینک استعمال کرنے کی ضرورت ہوتی ہے جو اُس کی عمر کے قدرتی شیشوں کے مقابلہ میں زیادہ طاقت کی ہوتی ہے - اِسی واسطے جب کسی حالت میں شیخوخی بصر (presbyopia) (شیب نظری) کی سریع زیادتی پائی جائے تو اِس سے ہمیشہ گلاکوما کا شبہ پیدا ہونا چاہیئے - ممکن ہے کہ مندرجۂ ذیل اسباب محرکہ سے

حملۂ مرض شروع ہو جائے: بےخوابی، ہجوم افکار و پریشانی، اداباشی، ناکافی غذا، کوئی ایسی حالت جو وریدی امتلا (venous congestion) پیدا کر دے اور بعض اوقات خوب سیر ہو کر کھانے، بدہضمی، یا ایٹروپین کے مقامی استعمال سے بھی اس مرض کا حملہ ہو جاتا ہے۔ شاید نیند سے اس میں تخفیف ہو جاتی ہے۔ شروع شروع میں ممکن ہے کہ مرض کے حملے (دَورے) ہفتوں یا مہینوں کے وقفوں سے ہوا کریں، لیکن جلد ہی وہ بکثرت اور بار بار ہونے لگتے ہیں۔

کبھی یہ درجہ غیر موجود بھی ہو سکتا ہے، یا ہفتوں یا مہینوں، بلکہ بعض اوقات سالہاسال تک جاری رہ سکتا ہے۔ پھر یکایک مرض دوسرے درجہ میں آجاتا ہے۔

حاد گلاکوما کا درجہ (Stage of Acute Glaucoma)۔ اس درجہ کا ممیز خاصّہ اس کا ناگہانی آغاز ہے، جس کا سبب انھیں اسباب محرکہ میں سے کوئی ایک ہو سکتا ہے کہ جو حملۂ منذرہ (prodromal attack) پیدا کر دیتے ہیں۔ بصارت بہت جلد ناکارہ ہو جاتی ہے، استبصاری میدان (visual field) تنگ ہو جاتا ہے، بالخصوص انفی جانب پر (شکل ۱۸۲)، اور آنکھ میں اس شدید درد ہوتا ہے، جو پانچویں عصب کی شاخوں پر منتشع (radiating) ہو کر سخت دردِ سر پیدا کر دیتا ہے۔ یہ درد بعض اوقات اس قدر شدید ہوتا ہے کہ اس سے متلی، قے، عام پستی، اور حمی اختلالات (febrile disturbances) رونما ہو جاتے ہیں، جن کی وجہ سے ایسے حملوں پر صفراوی حملوں (bilious attacks) کا مغالطہ ہو گیا ہے۔

معروضی امتحان (objective examination) سے تناؤ کی نمایاں زیادتی ظاہر ہوتی ہے۔ قرنیہ ابر آلود یا بھاپ دار (steamy) یعنے (دُھندلا یا کُہر یلا) معلوم ہوتا ہے (بوجہ اُذیما)، اکثر مُنقّط عتامات (punctate

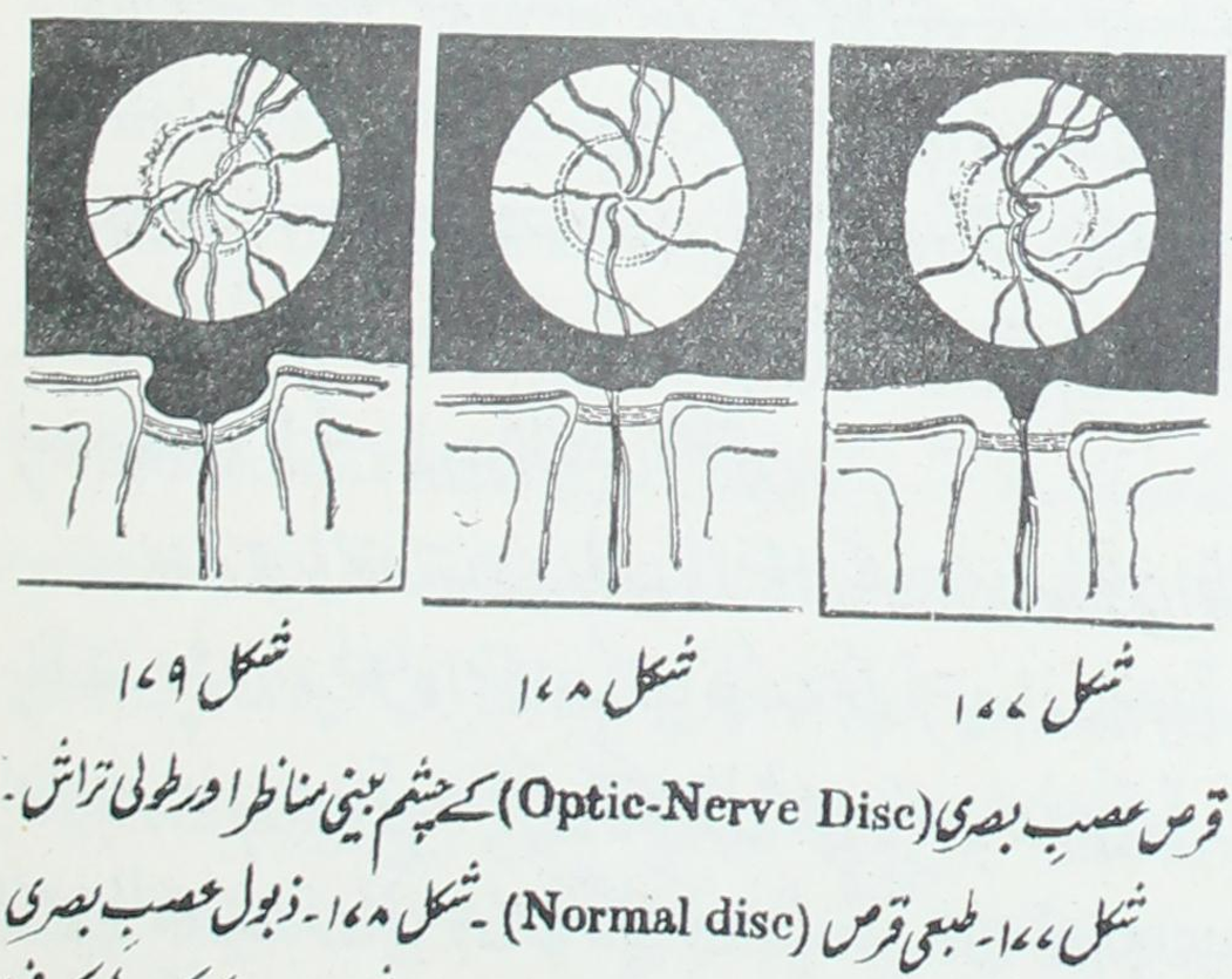
(opacities) پیش کرتا ہے، اور (عصبی ریشوں پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے) بے حس ہوتا ہے۔ ایک گہرے سرخ رنگ کا گرد قرنیتی اشراب (circumcorneal injection) موجود ہوتا ہے، اور برصلبیتی وریدیں (episcleral veins) اُبھری اور نمایاں ہوتی ہیں (شکل ۱۸۰۔ صفحہ ۱۶)۔ پتلی پھیلی ہوئی، بیضوی، اور غیر متحرک ہوتی ہے، اور ایک سبز عکس پیش کرتی ہے۔ قزحیہ (iris) ممتلی، بدرنگ اور پھیکے رنگ کا (dull) ہوتا ہے۔ خزانہ مقدم کم گہرا، اور مائیہ (aqueous) بعض اوقات گدلا ہوتا ہے۔ عدسہ اور قزحیہ کا محیط پیچھے سے دھکیلے جانے کی وجہ سے آگے کی طرف بڑھ جاتے ہیں۔ پپوٹے متورم اور اُذیمائی ہوتے ہیں۔ عینی ملتحمہ (ocular conjunctiva) نمایاں طور پر ممتلی اور ہیجی (chemotic) ہوتا ہے۔ وسائط (media) کے دھندلے پن کی وجہ سے چشم بین سے قعرِ چشم (fundus) کی تفصیلات نظر نہیں آسکتیں۔

215

بہت سی حالتوں میں چند دنوں یا ہفتوں کے دوران میں یقینی افاقہ پایا جاتا ہے۔ پپوٹوں اور ملتحمہ کا امتلا اور اُذیما غائب ہو کر قرنیہ صاف ہو جاتا ہے، اور بصارت بہتر ہو جاتی ہے۔ لیکن آنکھ کامل طبعی حالت پر عود نہیں کرتی۔ بلکہ ایک ایسی حالت میں رہ جاتی ہے جس کو گلاکومائی حالت (glaucomatous state) کہتے ہیں۔ بصارت اُس قدر تیز نہیں ہوتی جس قدر کہ وہ حملۂ مرض سے پہلے تھی، اور اکثر استبصاری میدان (visual field) کسیقدر تنگ (سکڑا ہوا) ہو جاتا ہے، بالخصوص انفی جانب پر۔ پتلی پھیلی ہوئی، بیضوی، اور سُست رہتی ہے، قزحیہ کا رنگ بدل جاتا ہے، خزانہ مقدم کم گہرا، اور تناؤ بڑھا ہوا ہوتا ہے، اور کم و بیش گرد قرنیتی اشراب بھی ہوتا ہے۔ طاقتِ توفیق (accommodation) کم ہو جاتی ہے۔

ایک مختلف المدت زمانہ سکون کے بعد دوسرا حملہ ہوتا ہے، جو پہلے حملہ سے مشابہ ہوتا ہے، اور اس کے بعد دوسرے حملے ہوتے رہتے ہیں۔ ہر حملہ کے بعد بصارت میں پہلے سے زیادہ کمی ہوجاتی ہے۔

کچھ عرصہ کے بعد تناؤ کی زیادتی عصبِ بصری کے قرص میں اکتھاف (excavation) پیدا کردیتی ہے (شکل ۱۷۹)۔ یہ اکتھاف جو حملوں کے درمیان کے وقفوں میں، اس وقت جبکہ وسائط (media) صاف ہوں، چشم بین سے



شکل ۱۷۹ شکل ۱۷۸ شکل ۱۷۷

قرص عصبِ بصری (Optic-Nerve Disc) کے چشم بینی مناظر اور طولی تراش۔ شکل ۱۷۷۔ طبعی قرص (Normal disc)۔ شکل ۱۷۸۔ ذبول عصبِ بصری میں قرص (disc in optic-nerve atrophy)۔ شکل ۱۷۹۔ گلاکومائی اکتھاف

(glaucomatous excavation)

تمیز کیا جاسکتا ہے۔ ورقۂ غربالی (lamina cribrosa) یعنے صلبیہ (sclera) کا وہ حصہ جو عصبِ بصری کے ریشوں سے چھدا ہوا ہے، نہایت نرم اور لچکدار (yielding) ہوتا ہے، اور اسی واسطے جب درون عینی دباؤ (intra-ocular pressure) زیادہ ہوتا ہے تو وہ عصب کے ریشوں

216

کے ساتھ پیچھے کو اُبھر آتا ہے۔ یہاں چشم بین سے ایک گہرا نشیب (گڑھا) دکھائی دیتا ہے، جس کے حاشیے ڈھلواں یا آگے کو نکلے ہوئے (steep or over-hanging) ہوتے ہیں۔ اسے گلاکومائی پیالہ یا اکتہاف کہتے ہیں (شکل ۱۰۱، صفحہ ۱۶)۔ عروق دمویہ اس اکتہاف کے حاشیوں پر فوری خم کھاتے ہیں اور اکثر اس مقام پر اُن کا سلسلہ منقطع نظر آتا ہے، مگر پھر نشیب کی تہ میں وہ کم و بیش موہوم طور پر نظر آنے لگتے ہیں۔ وہ انفی جانب پر دھکیلے (ہٹے) ہوئے ہوتے ہیں وریدیں پھولی ہوئی اور شریانیں سکڑی ہوئی ہوتی ہیں۔ قرص کے مقام پر وریدوں اور شریانوں میں نبضان (pulsation) پایا جاتا ہے۔ وریدی نبضان اکثر حالتِ صحت میں دیکھا جاتا ہے، لیکن شریانی نبضان ہمیشہ امراضیاتی (pathological) ہوتا ہے اور گلاکوما کی ایک اہم علامت ہے (یہ نبضان مرضِ قلب: heart disease کی بعض قسموں میں بھی دیکھا جاتا ہے)۔ اگر یہ خود بخود نہ ہو رہا ہو تو کرۂ چشم پر خفیف سا دباؤ ڈال کر پیدا کیا جا سکتا ہے۔ عصب بصری مذبول ہو جاتا ہے، اور قرص پھیکے رنگ کا معلوم ہوتا ہے، یا آخری درجوں میں سبزی مائل یا نیلگوں ہو جاتا ہے۔ اِس مقام پر مشیمیہ (choroid) کے ذبول کی وجہ سے، قرص اکثر ایک سفیدی مائل زرد حلقہ (گلاکومائی ہالہ یا حلقہ: glaucomatous halo or ring) سے گھرا ہوا ہوتا ہے۔

گلاکومائے مطلق کا درجہ (Stage of Absolute Glaucoma)

یکے بعد دیگرے ہر حملہ کے ساتھ بصارت میں کمی زیادہ ہوتی جاتی ہے، یہاں تک کہ بالآخر نابینائی واقع ہو جاتی ہے۔ اب اِس حالت کو گلاکومائے مطلق (absolute glaucoma) کہتے ہیں۔ اب تو انتہائی علامات

باقی رہتے ہیں اور نہ امتلائی علامات، بجز اس کے کہ گرد قرنیتی اشراب (circumcorneal injection) کا ایک گہرا سرخ منطقہ ہوتا ہے اور برصلبیتی وریدیں (episcleral veins) پھیلی ہوئی ہوتی ہیں۔ قرنیہ صاف یا کسیقدر ابرآلود (مکدّر) رہتا ہے، اور اکثر کم وبیش بے حس ہوتا ہے۔ پُتلی بہت پھیلی ہوئی اور غیر متحرّک ہوتی ہے، اور اکثر ایک سبزی مائل معکوسہ پیش کرتی ہے۔ قزحیہ (iris) ذبول تنگ اور بھورا ہوتا ہے، اور اُس کا حاشیہ گہرے سیاہ رنگ کا ہوتا ہے۔ خزانۂ مقدم کم گہرا ہوتا ہے اور تناؤ نمایاں طور پر بڑھا ہوا۔ قعر چشم قرص کا ایک گہرا اکتھاف (excavation) (گلاکومائی حلقہ)، اور عصب بصری کا ذبول (atrophy) پیش کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ درد بالکل غائب ہوجائے، مگر اکثر اوقات جاری رہتا ہے، اور مریض پر وقفوں کے ساتھ شدید حملے ہوتے رہتے ہیں۔

گلاکومائے مطلق ۔ درجۂ انحطاط (Stage of Degeneration)

مختلف عرصہ تک جاری رہنے کے بعد کرۂ چشم میں انحطاط واقع ہوجانے کا امکان ہوتا ہے۔ قرنیہ کم وبیش مکدّر (غیر شفاف) ہوجاتا ہے، اور اکثر مطروحات (deposits) یا آبلوں سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ صلبیہ (sclera) باہر کو اُبھر آتا ہے، اور قرنیہ اور خطِ استوا کے درمیان نیلگوں سیاہ عنبات (staphylomata) ظاہر ہوتے ہیں۔ انفکاکِ شبکیہ (detachment of retina) اکثر واقع ہوجاتا ہے۔ عدسہ میں نزول الماء (موتیا بند) ہوجانے کا امکان ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ مریض کو روشنی کے موضوعی احساسات (subjective sensations) ہونے لگیں۔ آخری نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ

217

یا تو کُرۂ چشم نرم ہو کر سکڑتا اور ذبول ہو جاتا ہے، یا قرنیہ کا تقرح (ulceration) اور انثقاب (perforation) واقع ہو جاتا ہے اور اس کے بعد التہابِ قزحیہ و جسمِ ہدبی (iridocyclitis) اور ازاں بعد ذبول کُرۂ چشم (atrophy of the eyeball) یا التہابِ کُل العین (panophthalmitis) اور ضمورِ بصلہ (phthisis bulbi) واقع ہوتا ہے۔

گلاکومائے خاطف (Glaucoma Fulminans)، گلاکوما کی اُس نادر الوقوع قسم کا نام ہے، جس میں التہاب کے نہایت تند اور سخت علامات یکایک پیدا ہو جاتے ہیں، اور اگر معقول علاج کا انتظام نہ کیا جائے تو ممکن ہے کہ چند ہی گھنٹوں میں نابینائی طاری ہو جائے۔

مزمن امتلائی گلاکوما

(Chronic Congestive Glaucoma)

گلاکوما کی یہ قسم مندرجۂ بالا حاد قسم کی نسبت بہت زیادہ عام ہے۔ اس کے علامات حاد قسم کے علامات سے مشابہ، لیکن نسبتًہ کم شدید اور اپنے آغاز میں زیادہ تدریجی ہوتے ہیں۔ اکثر درجۂ منذرہ (prodromal stage) بلا کسی فصل یا وقفہ کے (یعنے بہ تسلسل) فعّال گلاکوما (active glaucoma) کے درجہ میں پہنچ جاتا ہے، اور مرض کے حملے یکے بعد دیگرے نہیں ہوتے۔ برصلبیتی وریدیں (episcleral veins) نہایت نمایاں ہوتی ہیں، جس کی وجہ سے عینی ملتحمہ (ocular conjunctiva) ممتلی اور کسقدر دھندلا ہوتا ہے۔ ایک گہرے سُرخ رنگ کا گرد قرنیتی اشراب

قرنیہ کھُردیلا (circumcorneal injection) موجود ہوتا ہے،
(steamy) (دُھندلا) اور کم وبیش بحِس، اور خزانۂ مقدم کم گہرا ہوتا ہے۔
عدسہ اور قزحیہ آگے کو ہٹے ہوئے ہوتے ہیں۔ پُتلی پھیلی ہوئی، بیضوی اور
اُستوار (rigid) ہوتی ہے، اُسے ایک بد رنگ تنگ اور زبولی قزحیہ
گھیرے ہوئے ہوتا ہے، اور وہ سبزی مائل معکوسہ پیش کرتی ہے۔ درد
موجود ہوتا ہے مگر یہ اُتنا شدید نہیں ہوتا جتنا کہ حاد قسم میں ہوتا ہے۔
بصارت بتدریج زائل ہو جاتی ہے، اور استبصاری میدان رفتہ رفتہ
محدود ہوتا جاتا ہے، بالخصوص انفی جانب پر۔ اِس مرض کے کافی
طویل عرصہ تک جاری رہنے کے بعد چشم بین سے قعر چشم میں وہی تغیرات
ظاہر ہوتے ہیں جو حاد حالتوں میں پائے جاتے ہیں۔

مزمن قسم کا انجام بھی وہی ہوتا ہے جو حاد قسم کا ہوتا ہے: یعنے
گلاکومائے مطلق (absolute glaucoma) اور بالآخر کُرۂ چشم کا انحطاط۔
بہت سی حالتوں میں التہابی گلاکوما کی حاد اور مزمن صورتوں کے درمیان
کوئی بیّن حدِ فاصل قائم نہیں کی جاسکتی۔

سادہ گلاکوما

218

(SIMPLE GLAUCOMA)

سادہ گلاکوما (مزمن غیر التہابی گلاکوما chronic non-inflam-matory glaucoma): میں کوئی نمایاں بیرونی علامت موجود نہیں ہوتی،
نہ التہابی حملے ہوتے ہیں اور نہ درد۔
تناؤ کی زیادتی نوٹ کر کے چشم بین کے ذریعہ قعر چشم کا مخصوص منظر

دیکھکر، اور استبصاری میدانوں کی کاغذی ترسیم (charting the visual fields) تیار کر کے مرض کی تشخیص قائم کی جاتی ہے۔

اِس قسم کا گلاکوما نہایت تدریجی طور پر نمویاب ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ کچھ عرصہ سے موجود رہا ہو اور مریض کو خبر بھی نہ ہو کہ کوئی غیر معمولی حالت پیدا ہو گئی ہے۔ ممکن ہے کہ آنکھ باہر سے بالکل طبعی معلوم ہو، یا اُس میں خفیف سا گرد قرنیتی اشراب موجود ہو اور برصلبیتی وریدیں متوسط طور پر پھیلی ہوئی ہوں۔ پُتلی خفیف طور پر یا اچھی خاصی پھیلی ہوئی اور سُست (بطئی الفعل) ہوتی ہے۔ تناؤ بڑھا ہوا ہوتا ہے، اکثر معتدل طور پر۔ بعض اوقات تناؤ کی یہ زیادتی مستمر (قائم) نہیں رہتی۔ کچھ عرصہ تک مرض کے جاری رہنے کے بعد چشم بینی سے گلاکوئی اکتہاف (glaucomatous excavation) (شکل ۱۷۹ و ۱۸۱، صفحہ ۱۶) عصبِ بصری کا ذبول، اور مشیمیتی ذبول کا گرد حدقی حلقہ (circumpupillary ring) نظر آتا ہے، اور اِس تغیر کے درجہ کا انحصار مرضی عمل کی مدت پر ہوتا ہے۔

ایسے زمانے بھی ہو سکتے ہیں جن میں مریض کو اُسی طرح کے علامات کی شکایت ہوتی ہے جیسے کہ درجۂ منذرہ (prodromal stage) میں پائے جاتے ہیں: بصارت کا دھندلا پن، مصنوعی روشنیوں کے گرد رنگین ہالے، اور توفیق (accommodation) کی کمی۔ بصارت کا بتدریج کم ہونا، قبل از وقت شیوخیِ بصر (presbyopia) (شیب نظری) اور استبصاری میدان کا ترقی پذیر انقباض (سکڑنا)، بالخصوص انفی جانب پر۔ میدان بصارت میں سب سے پہلے واقع ہونے والا نقص عموماً نقطۂ کور (blind spot) کی کلانی ہے، اور یہ عام طور پر ایک

پرنما پھیلاؤ کی طرح اوپر یا نیچے یا دونوں رخوں میں بڑھتا رہتا ہے (امارت سیڈیل : Seidel's sign) - جیسے جیسے یہ تیرہ یا ظلمہ (scotoma) بڑھتا ہے [ان عصبی ریشوں کے ترقی پذیر ذبول کے باعث جو نقطہ (macula) سے اوپر یا نیچے عصب بصری سے نکل کر باہر کی طرف خم کھاتے ہیں] ' یہ درانتی کی شکل کا ہوتا جاتا ہے ' اور اسے امارت بیروم (Bjerrum's sign) کہتے ہیں - اس طرح ممکن ہے کہ ایک پورا حلقہ نما ظلمہ (ring scotoma) بنجائے - ظلمے علیحدہ علیحدہ بھی ہوسکتے ہیں -

کچھ عرصہ بعد میدان بصارت کا انقباض واقع ہوتا ہے ' اور یہ انقباض افقی خط نصف النہار سے نیچے کی نسبت اس کے اوپر اکثر زیادہ بڑا ہوتا ہے ' یا اس کے برعکس ہوتا ہے - اس طرح ایک نوکدار نقص پیدا ہو جاتا ہے ' جو ایک زاویہ قائمہ بناتا ہے ' جس کا ایک ضلع افقی خط نصف النہار کے متناظر ہوتا ہے - اس کو روئنی کا انفی زینہ (Roenne's nasal step) کہتے ہیں - مرکزی بصارت سب سے آخر میں مفقود ہونے والا حصہ ہے - ممکن ہے کہ مریض میں پڑھنے کی قابلیت تو ہو مگر اسکا استبصاری میدان بہت سکڑا ہوا ہو -

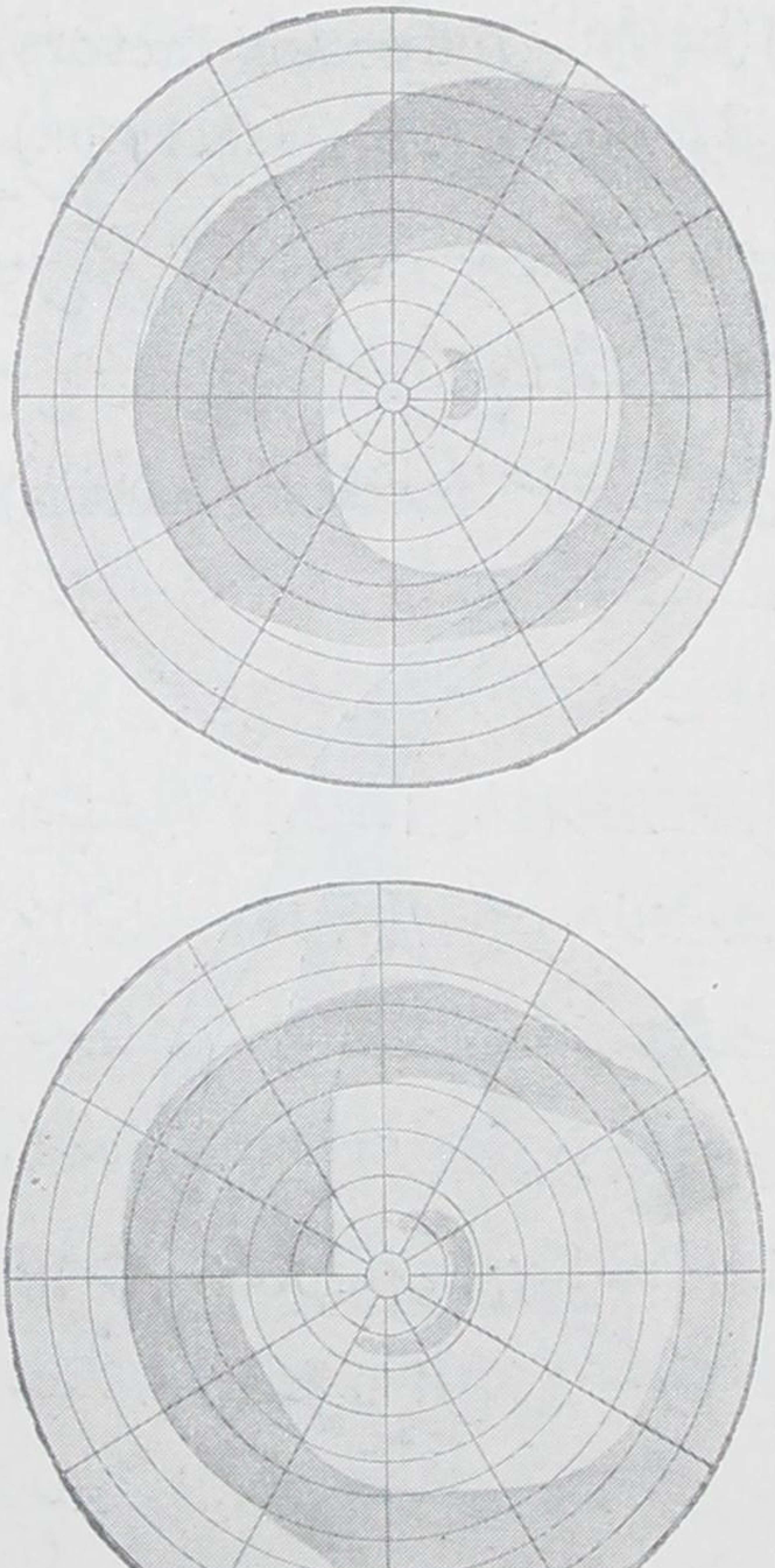
سادہ گلاکوما کا ممر نہایت غیر محسوس ہوتا ہے ' اور اس کی مدت سالہا سال ہے - اگر روک تھام نہ کی جائے تو اس کا اختتام نابینائی ہے بعض اوقات مرض کی یہ قسم بتدریج بدلکر مزمن التہابی صورت (chronic inflammatory type) اختیار کرلیتی ہے ' اور پھر اسی کے مدارج طے کرتی ہے -

بحث اسباب - گلاکوما سن رسیدہ زندگی کا مرض ہے ' جو

219

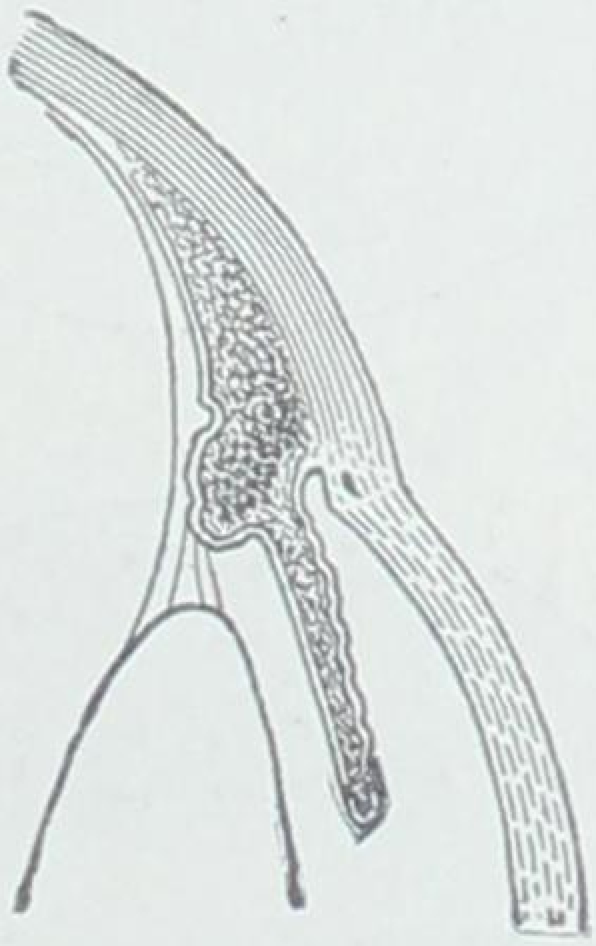
عموماً چالیس سال کی عمر کے بعد
اور اس سے پہلے شاذ ہی ہوتا
ہے۔ امتلائی (congestive)
یا التہابی (inflamma-
tory) قسم بہ نسبت مردوں
کے عورتوں کو زیادہ اکثر ماؤف
کرتی ہے، لیکن سادہ قسم
دونوں صنفوں میں مساوی طور پر
ہوتی ہے۔ عموماً دونوں آنکھیں
مبتلا ہوتی ہیں، اور دوسری
آنکھ پہلی آنکھ کی ماؤفیت
کے مہینوں بعد یا کئی سال
بعد متاثر ہوتی ہے۔

گلاکوما کا سبب نامعلوم
ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ یہودیوں
میں اس مرض میں مبتلا
ہو جانے کا رجحان دوسروں
کی نسبت زیادہ ہے۔ توارث
(heredity) کی سرگذشت
اکثر اوقات پائی جاتی ہے۔
صلابتِ شریانی، مرضِ قلب

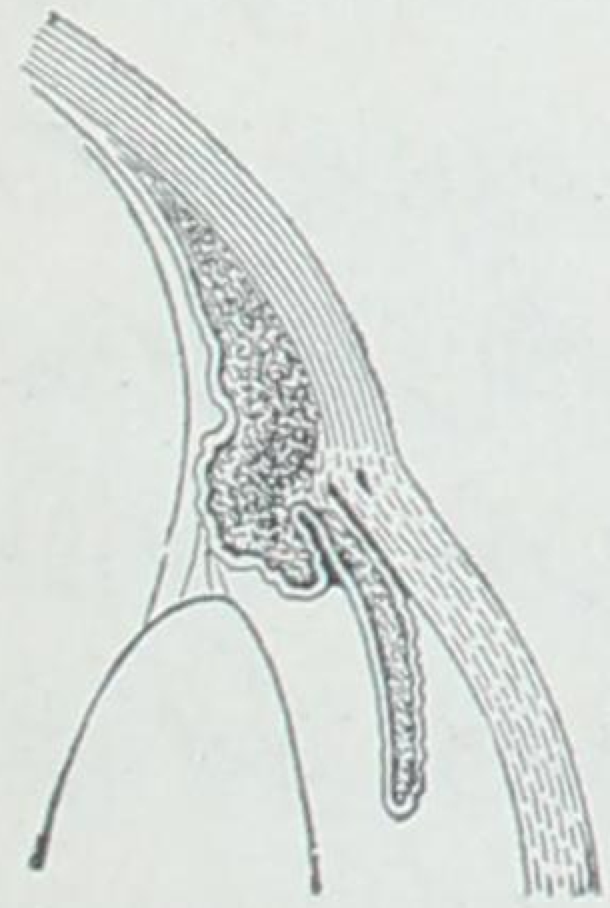


شکل ۱۸۲ ۔ گلاکوما میں میدانِ بصارت ۔
اوپر کی شکل محیطی انقباض ظاہر کرتی ہے، بالخصوص انفی جانب۔
نیز امارتِ سیڈل (Seidel's sign)۔ نیچے کی تصویر سے
محیطی انقباض، روئنی کا انفی زینہ (Roenne's nasal
step) اور امارتِ بیرم (Bjerrum's sign) ظاہر ہوتے ہیں۔

220 مزمن قبض، نقرسی اور روماتزمی مزاج اسبابِ مُعِدّہ (predis-posing factors) ہیں۔ طویل النظر (hypermetropic) آنکھوں میں گلاکوما کا رجحان موجود ہوتا ہے (مگر قصیر النظر : myopic آنکھوں میں اس مرض کی استعداد نسبتاً بہت کم ہوتی ہے)۔ اسی طرح چھوٹے کُراتِ چشم میں اور اُن میں جن کا قرنیہ چھوٹا ہو گلاکوما کا میلان پایا جاتا ہے۔ اسبابِ محرکہ (exciting causes) حسب ذیل ہیں: جذبات، بالخصوص پستی پیدا



شکل ۱۸۳۔ خزانہ مقدم کا زاویہ، طبعی آنکھ میں۔



شکل ۱۸۴۔ خزانہ مقدم کا زاویہ، گلاکوما کے تازہ التہاب میں۔

کرنے والے جذبات، بیخوابی، ہجوم افکار، ایٹروپین کا غیر دانشمندانہ استعمال، ناقص البصر (ametropic) آنکھوں کا حد سے زیادہ استعمال، ناکافی غذا، بدہضمی، اوباشی، مختلف حمیات (fevers)، بالخصوص انفلوئنزا، اور ایسی کوئی حالت جو وریدی امتلا (venous congestion) پیدا کردے۔

امراضیات۔ ابتدائی درجہ میں قرنیہ کا اُذیما، اور قزحیہ (آئرس) اور جسمِ ہدبی (سیلیری باڈی) کا امتلا اور ورم موجود ہوتا ہے۔

قزحیہ کی جڑ اور جسمِ ہدبی کا اگلا حصہ آگے کھنچکر صلبیہ قرنیہ (sclero-cornea) کے اقتراب میں (پہلو بہ پہلو) آجاتے ہیں۔ بعد کے درجوں میں آنکھ کے ہر حصے میں انحطاطی تغیرات ظاہر ہوتے ہیں: قرنیہ کی عمیق ترتہوں میں اور قنالِ شلیم (Schlemm's canal) کے آس پاس گول خلیوں کی دررِیزش ہوتی ہے۔ بافتی خلیات کے تکاثر سے متعضی رشحہ (organized exudate) بنکر محیطی التصاقات قزحیہ (peripheral synechiæ) پیدا ہوجاتے ہیں، جس سے قزحیہ کی جڑ اور خزانہ مقدم کے فرش اور بیرونی دیوار کے درمیان سخت انضمام (چپکاؤ) واقع ہوجاتا ہے۔ رباطِ مشطی (pectinate ligament) کا زجاجی انحطاط (hyalinization) اور قرنیہ کا انحطاط واقع ہوجاتا ہے۔ قنالِ شلیم تقریباً محو اور نابود ہوجاتی ہے۔ قزحیہ، جسمِ ہدبی اور مشیمیہ مذبول ہوجاتے ہیں۔ عروق دمویہ کی عمومی صلابت پائی جاتی ہے، اور متعدد نزفات بھی ہوتے ہیں۔ عدسہ نزولی (موتیابند سے ماؤف) اور صلبیہ دبیز ہوجاتا ہے اور اس میں شحمی انحطاط واقع ہوتا ہے۔ صحیفہ غربالی (cribriform plate) پر دباؤ پڑنے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ راسِ عصب میں اکتهاف (گڑھا) ہوجاتا ہے۔ شبکیہ کی عصب ریشئی تہ اور عقدی خلوی تہ تقریباً بالکل مذبول ہوجاتی ہے اور اُس کی جگہ سریشی اور اتصالی بافت کی بیش پرورش سے پُر ہوجاتی ہے۔

پیدائشِ مرض (Pathogenesis)۔ گلاکوما کے تمام علامات کی توجیہ دورن چشمی دباؤ (intra-ocular pressure) کی زیادتی کی بناء پر کی جاسکتی ہے۔ لیکن اِس امر کے متعلق کہ آخر اس زیادتی کا اصلی سبب

کیا ہے، کوئی عام اتفاقِ رائے موجود نہیں ہے۔ دروں چشمی سیّالات کا افراز آنکھ کے زجاجی خزانہ میں ہونے کے بعد وہ عدسہ کے گرد ہوتے ہوئے پتلی میں سے گذر کر خزانۂ مقدم میں آتے ہیں، پھر زاویۂ قزحیہ (iris angle) میں پہنچکر وہاں سے ان کا اخراج قناتِ شلیم کے اندر ہوتا ہے۔ شاید اس اخراج میں کوئی مزاحمت واقع ہو جانے کی وجہ سے گلاکوما کا مرض پیدا ہو جاتا ہے۔ خیال کیا جاتا ہے کہ دروں عینی مائعات کے باہر نکلنے میں یہ مزاحمت خزانۂ مقدم کے زاویہ (زاویۂ قزحیہ) میں واقع ہوتی ہے۔ یقین کیا جاتا ہے کہ مُتلی اور متورم زوائد ہدبیہ (ciliary processes) قزحیہ کے محیطی حصے کو صلبیتی قزحیتی اتصال (رباط مشطی ligamentum pectinatum) پر دبا دیتے ہیں اور اس دباؤ کی وجہ سے یہ زاویہ محو ہو جاتا ہے۔ ازاں بعد غشائے ڈیسمیٹ کے درحلمہ اور قزحیہ کے درحلمہ کے تکاثر کی وجہ سے اِن مقابل سطحوں کے درمیان ایک انضمامی التہاب (adhesive inflammation) رُونما ہو جاتا ہے۔ جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے، یہ زاویۂ قزحیہ دروں چشمی سیّالات کے اِخراج کے لئے ایک خاص مخرج ہے، اور جب یہ مسدود ہو جاتا ہے تو سیّالات کا احتباس واقع ہوتا ہے۔ گمان کیا جاتا ہے کہ اِس میں ایک اور تسببی عامل ممد ہوتا ہے، اور وہ گلاکوما کی اِستعدادِ سابقہ رکھنے والی آنکھوں میں گرد عدسی فضا کا تنگ ہو جاتا ہے (یہ فضا عدسہ کے حاشیہ اور جسم ہدبی کے درمیان ہوتی ہے)۔ اس لمف کے لئے جو مشیمیہ (choroid) سے افراز پاتا ہے، نیز جسم ہدبی سے افراز پائے ہوئے لمف کے ایک حصہ کے لئے، یہ رقبہ ایک گذرگاہ کا کام دیتا ہے۔

بڑھتی ہوئی عمر کے ساتھ عدسہ کی جسامت کی زیادتی سے، اور دراز نظر اشخاص (hypermetropes) میں جسمِ ہدبی کی مقابلتہً بڑی جسامت اور کرۂ چشم کی فی الجملہ نسبتہً چھوٹی جسامت کی وجہ سے اِس رقبہ میں مداخلت اور مزاحمت پیدا ہو جاتی ہے۔ زجاجیہ اور مائیہ کے خزانوں کے درمیان کے ربط و ارتباط میں اس تسدّد (obstruction) سے وریدی امتلا (venous congestion) پیدا ہو جائے گا، اور ازاں بعد جسمِ ہدبی کا ورم اور زجاجیہ کا بیش تمدّد (overdistension) واقع ہو کر نتیجہ یہ ہوگا کہ قزحیہ کا محیطی حصہ صلبیتی قرنیتی اتصال پر دھکیلا جائیگا، اور اِسطرح سے زاویۂ قزحیہ (iris angle) بند ہو جائے گا۔ غالباً بعض حالتوں میں زجاجیہ کا اوّلی ورم خاص سبب عامل ہوتا ہے۔ ڈیوک ایلڈر (Duke-Elder) کی رائے ہے کہ یہ راست خون کے طبعی اور کیمیائی تغیّرات کی وجہ سے نہیں، بلکہ اغلباً خود زجاجیہ کے اندر ناقص تحوّل (faulty metabolism) ہونے کی وجہ سے ہوتا ہے لیکن گلاکوما کی پیدائش کی کوئی توجیہ ایسی نہیں جو اِس مرض کی تمام قسموں پر تشفی بخش طریقہ سے منطبق ہو سکے۔ غالباً یہ سب قسمیں ایک ہی طریقہ سے نہیں پیدا ہوتیں۔

تفریقی تشخیص۔ گلاکوما کی التہابی (inflammatory) قسم پر التہابِ قزحیہ (iritis) اور التہابِ ملتحمہ (conjunctivitis) کا مغالطہ ہوا ہے۔ ایسے اصابات میں آیٹروپین استعمال کرنے سے نہایت سخت نقصان پہنچتا ہے۔ پھیلی ہوئی پتلی، تناؤ کی زیادتی، قرنیہ کا تکدّر (دھندلاپن)، اور اِس کے ساتھ موضوعی[1] علامات یہ سب تفریقِ مرض

[1] subjective symptoms

کے لیے کافی ہیں (ملاحظہ ہوں صفحہ 176 پر کی جدولیں)۔ (بعض اوقات) مخصوص بصری مائل حدقی معکوسہ (pupillary reflex) کو موتیا بند تشخیص کرلیا گیا ہے، اور اس طرح اس مفروضہ عدسی تغیر کی پختگی کے انتظار میں قیمتی وقت ضائع کردیا گیا ہے۔ (بعض اوقات یہ بھی ہوا ہے کہ) حاد حالتوں میں، شدید درد سر اور عام بنیئی علامات[1] نے عام معالجہ کرنے والے طبیب[2] کو غلط راستہ پر ڈال دیا ہے اور ان علامات کی بنا پر ٹھیک اس وقت جبکہ سرگرمی کے ساتھ عینی علاج[3] کی فوری ضرورت تھی، کسی عمومی حموی مرض (general febrile disease) کی تشخیص کرلی گئی ہے۔

بعض اوقات سادہ گلاکوما کو غلطی سے عصب بصری کا اوّلی ذبول (primary optic nerve atrophy) سمجھ لیا جاتا ہے۔ آخر الذکر حالت میں تناؤ کی زیادتی نہ ہوگی، قرص کا التہاف (excavation) کم گہرا اور بتدریج ہوتا ہے (شکل ۱۷۸، نیز صفحات ۱۶ و ۲۴۳)، مرکزی بصارت میں نسبتہً زیادہ کمی ہونے کا رجحان ہوتا ہے، اور شکلی میدانات بصارت (form-fields) میں زیادہ یکساں تنگی ہوتی ہے، اور لونی میدانات (colour-fields) میں نسبتہً زیادہ جھیلی نقصان پایا جاتا ہے لیکن ایسی مثالیں بھی ملتی ہیں جن میں ان دونوں عوارض کے درمیان تفریقی تشخیص آسان نہیں ہوتی۔

---

[1] constitutional symptoms [2] medical practitioner

[3] ocular treatment

انذار (Prognosis)۔ اگر بلاتاخیر معقول علاج نہ کیا جائے تو انذار ہر حالت میں خراب ہوتا ہے۔ بصارت کم یا زیادہ تیزی کے ساتھ' لیکن ترقی پذیر طور پر' خراب سے خراب تر ہوتی جاتی ہے' یہاں تک کہ اس کا نتیجہ کامل نابینائی ہوتا ہے۔ صحیح علاج کیا جائے تو انذار زیادہ امید افزا ہو سکتا ہے۔ مرض بیشتر حالتوں میں روکا جا سکتا ہے' اور مریض کی جو کچھ بصارت باقی ہے وہ برقرار رہ سکتی ہے۔

گلاکوما کا علاج۔ یہ (۱) عملیتی (operative)' غیر عملیتی (non-operative)' اور عمومی (general) ہو سکتا ہے۔ زیر علاج مریض کا علاج مرض کی قسم کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ عموماً عملیہ کرنے کی ضرورت ہوتی ہے' مگر بعض اوقات' جبکہ ایک بوڑھے آدمی میں مرض خفیف اور مزمن حالت میں ہو' قابضات حدقہ (miotics) استعمال کر کے مریض کی حالت پر احتیاط کے ساتھ نگرانی رکھی جائے تو ممکن ہے کہ مرض کی مستقلاً روک تھام ہو سکے اور ایسی حالت میں یہ عملیہ سے زیادہ پسندیدہ طریقہ ہے۔

حاد امتلائی گلاکوما (acute congestive glaucoma) میں اگر مندرجہ ذیل غیر عملیتی تدابیر چند گھنٹوں میں تناؤ اور امتلا کو کم کرنے میں ناکام ثابت ہوں تو قزحیہ برآری (iridectomy) (یعنی قزحیہ کے ایک حصہ کو کاٹ کر خارج کر دینے) کا عملیہ کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

اگر آنکھ پر علاج کا مفید اثر ظاہر ہو تو تقطیری ندبہ (filtering scar) بنانے کے عملیوں میں سے کوئی عملیہ بعد میں فرصت اور اطمینان سے کیا جا سکتا ہے۔

مزمن امتلائی گلاکوما (chronic congestive glaucoma)
میں بھی اسلوبِ عمل یہی ہے، لیکن قزحیہ برآری کی ضرورت نسبتہً کم ہوا کرتی ہے، کیونکہ اکثر آنکھ علاج کا اثر قبول کر لیتی ہے۔

مزمن غیر امتلائی گلاکوما (chronic non-congestive glaucoma) میں، اور امتلائی گلاکوما کی اُن حالتوں میں جن میں علاج کا مفید اثر ظاہر ہو چکا ہو، اب عموماً عملیے کیے جاتے ہیں جن کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ حدِّ قرنیہ (لمبس) سے ذرا ہی آگے ہٹ کر صلبیہ (sclera) میں ایک تقطیری ندبہ پیدا کر دیا جائے۔ ہر ایسی حالت میں جس میں استبصاری میدان کا ترقی پذیر نقصان خفیف سا بھی ہو رہا ہو، ایسا عملیہ کر دینا مناسب اور قرینِ مصلحت ہے اور اس میں تاخیر نہیں کرنی چاہیے۔

ان عملیات میں سب سے زیادہ مقبول ایلیٹ (Elliot) کا عملیہ ہے (جس میں قرنیتی صلبیتی حاشیہ کے ترفانی عمل trephining کے ساتھ ایک چھوٹی سی قزحیہ برآری بھی عمل میں لائی جاتی ہے)۔ یہ اور اسی مقصد کے دوسرے عملیے صفحہ 229 پر بیان کیے گئے ہیں۔ کبھی کبھی اِن تقطیری عملیات (filtering operations) کے بعد کرۂ چشم کی متاخر سرائتیں واقع ہو جاتی ہیں، جن کے وقوع کا امکان اس وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے کہ مقامِ عملیہ پر ملتحمی تاچہ اور اندرونِ چشم کے درمیان بہت پتلی روک (آڑ) ہوتی ہے۔ لیکن ہمارے تجربہ میں ایسی متاخر سرائتیں نہایت شاذ ہیں، اور وہ اس قسم کے عملیتی علاج کے فوائد کے مقابلہ میں یقیناً زیادہ وزن (اہمیت) نہیں رکھتیں۔

یک جانبی گلاکوما کی ہر ایک حالت میں مریض کو آگاہ کر دینا چاہیے کہ

عموماً دوسری آنکھ بھی ماؤف ہو جایا کرتی ہے، لہٰذا اُس کا معائنہ کراتے رہنا چاہیے، اور تھوڑے تھوڑے وقفوں سے میدانِ بصارت کی کاغذی ترسیم تیار کراتے رہنا چاہیے۔ اگر مریض ماہرانہ نگرانی اور علاج کو چھوڑ کر بلا توقف کہیں دور جا رہا ہے تو اِس صورت میں غیر ماؤف آنکھ پر عملیہ کر دینے کے مسئلہ پر غور کرنے کی ضرورت بھی لاحق ہو سکتی ہے۔

گلاکومائے مطلق (absolute glaucoma) میں درد سے نجات دینے کے لئے عملیۂ انقاف (enucleation) داعیۂ علاج ہے۔ ایسی حالت میں نہ تو قزحیہ برآری (iridectomy) کا اور نہ ترفانی عملیہ (trephining) کا مشورہ دینا چاہیے، کیونکہ اِس میں یہ خطرہ موجود ہوتا ہے کہ ممکن ہے کہ اِس گلاکوما کا سبب کوئی دروں چشمی خبیثہ بالیدگی (sarcoma : لحمی سلعہ) ہو۔

علاج بلا عملیہ خاص طور پر یہ ہے کہ قابضاتِ حدقہ (miotics)، ایسیرین سیلی سلیٹ (½ تا ۱ فی صدی) اور پائلوکارپین نائٹریٹ (½ تا ۱ فی صدی)، مقامی طور پر استعمال کیے جائیں۔ اِن میں سے ایسیرین زیادہ قوی العمل ہے مگر زیادہ خراش پیدا کرتا ہے، بالخصوص جبکہ اُسے طویل عرصہ تک استعمال کیا جائے۔ یہ محلول روزانہ دو یا تین بار، بلکہ حادّ حالتوں میں ہر گھنٹے، ٹپکائے جاتے ہیں۔ اِن محلولات کا عمل یہ ہے کہ یہ قزحیہ (آیرس) کو خزانۂ مقدم کے زاویہ سے دور ہٹا دیتے ہیں۔ چنانچہ جب قزحیہ ذبول (atrophic) ہو چکا ہو اور سکڑنے کی قابلیت نہ رکھتا ہو، یا جب زاویۂ قزحیہ مستقلاً مسدود ہو (اور یہ حالات گلاکوما کے پرانے بیماروں میں دیکھے جاتے ہیں)، تو اِن

محلولات سے کوئی فائدہ نہیں ہوتا۔ عام طور پر یہ محض عارضی فائدہ پہنچانے والی اور مُخفّفِ مرض (palliative) تدابیر ہیں، لیکن انھیں درجہ مُنذرہ (prodromal stage) میں حملۂ مرض کو مختصر کرنے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے، یا دوسرے اوقات میں اُسوقت استعمال کیا جاتا ہے جبکہ کسی وجہ سے جراحی مداخلت خلافِ مصلحت ہو یا جب مریض عملیہ کرانے کے لئے رضامند نہو۔ معمر مریض میں خفیف مزمن گلاکوما کی حالت میں ممکن ہے کہ اِن کے دائمی استعمال سے مرض مستقلاً رُکا رہے، چنانچہ ایسی حالتوں میں انھیں عملیہ پر ترجیح دی جاتی ہے۔

حاد گلاکومائی حملہ کے دوران میں ایسیرین یا پائلوکارپین بار بار ٹپکانے کے علاوہ گرم تکمیدات (hot fomentations) مسلسل استعمال کی جاتی ہیں، یا اگر برقی گرمالۂ چشم (electric eye warmer) دستیاب ہو تو وہ استعمال کیا جاتا ہے۔ کنپٹی پر دو تین جونکیں لگادی جاتی ہیں۔ مریض کو بستر پر لٹا دیا جاتا ہے اور تخفیفِ درد کے لئے مارفین (morphine) استعمال کیا جاتا ہے۔ کامل تسہیل (purgation) داعیۂ علاج ہے۔ ایڈرینالین (adrenalin) اکثر فائدہ مند اثر رکھتا ہے۔ ثانوی گلاکوما کی حالتوں میں جن میں التہاب قزحیہ بھی ہو، لیووگلاؤکوسان (lævoglaucosan) مفید ثابت ہوا ہے۔ ۳۰ فیصد گرم عقیم مالح (warm sterile saline 30%) کے ۵۰ تا ۱۰۰ مکعب سمر کا وریدی اشراب تناؤ کو عارضی طور پر کم کردیتا اور بلند دباؤ والی آنکھ کو عملیہ کے لئے تیار کرنے کے لئے کارآمد ہوتا ہے۔ اسی مقصد سے اور تخفیفِ درد کے لئے حال ہی میں برقی حرارت رسانی (diathermy) کو کامیابی کے ساتھ

آزمایا گیا ہے۔

سادہ اور مزمن قسموں میں، نیز عملیہ کے بعد، کرۂ چشم کی مالش کرنے سے (جو بند پپوٹوں پر آہستگی کے ساتھ کی جاتی ہے) فائدہ ہو سکتا ہے۔

عمومی علاج: سکون و آرام، استغراق (پسینہ لانا)، مناسب نظام غذا (dietary)، مسہلات، انعطافی نقص البصر (ametropia) کی درستی، کثرتِ غذا و شراب اور دیر سے سونے اور دیر سے اٹھنے سے احتراز، نیند لانا (دوا وغیرہ کے ذریعہ سے)، اور گلاکوما کے دوسرے متذکرۂ بالا اسبابِ مُعِدّہ (predisposing causes) میں سے کوئی حالت جو موجود ہو اس کا تدارک۔

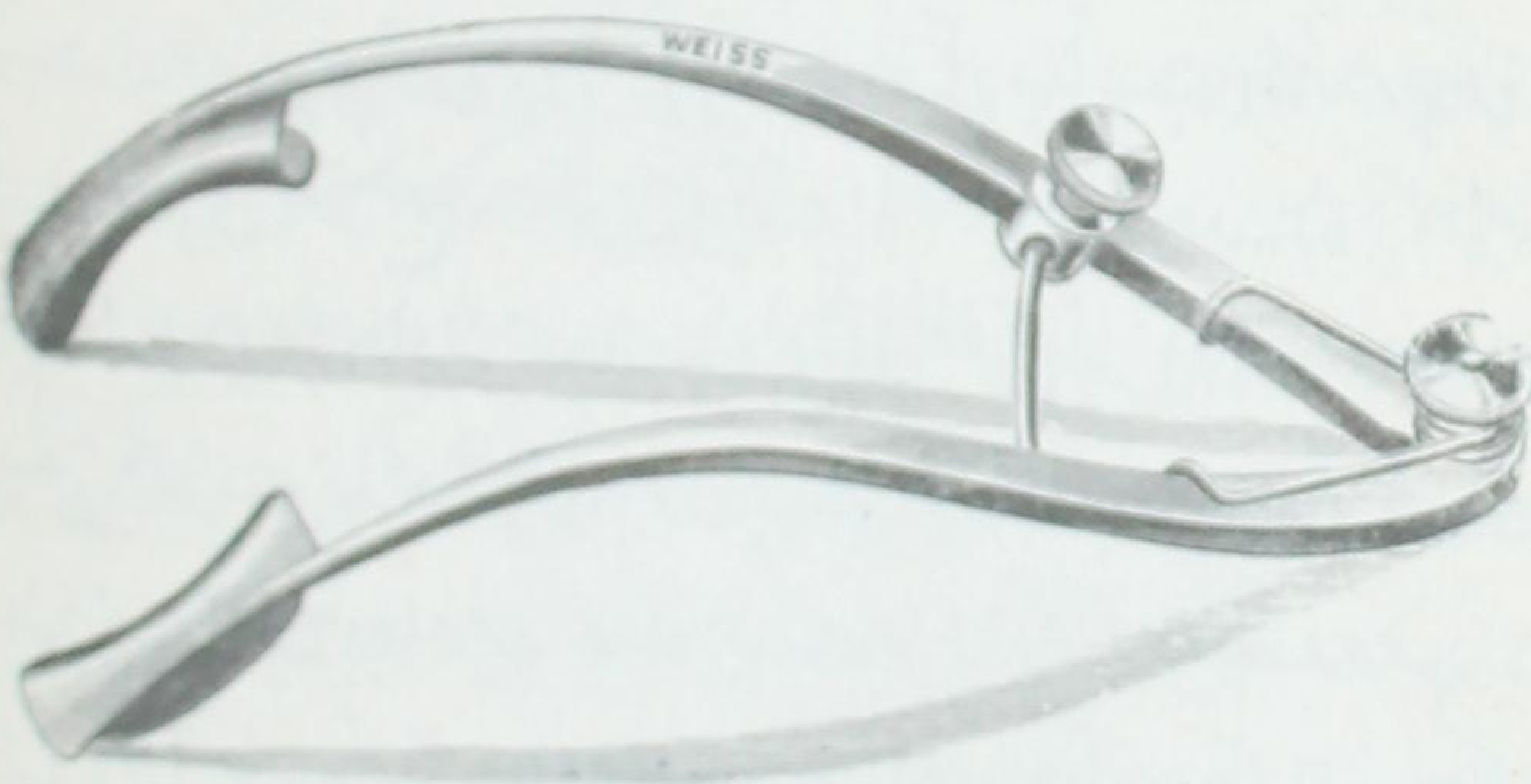
گلاکوما کے لئے عملیات

قزحیہ برآری (Iridectomy)۔ مطلوبہ آلات حسب ذیل ہیں: منظار العین (eye speculum) (شکل ۱۸۵)، تثبیتی کُلّاب (fixation forceps) (شکل ۱۸۶)، نزول المائی گریفی چاقو (Graefe cataract knife) (شکل ۱۸۷)، خمیدہ قزحی کُلّاب (curved iris forceps) (شکل ۱۸۸)، خمیدہ قزحی قینچی (curved iris scissors) (شکل ۱۸۹) یا ڈی ویکر کی قینچی (de Wecker iris scissors) (شکل ۲۱۰)، اور ایک قزحی آلۂ توضیع (iris repositor) (شکل ۲۰۸)۔

225

سادہ گلاکوما کی حالتوں میں، اور امتلائی گلاکوما (congestive glaucoma) کی بعض حالتوں میں کوکین استعمال کر سکتے ہیں۔ کوکین

سے پہلے ایڈرینالین (۱ : ۱۰۰۰) کا ایک قطرہ ٹپکا دیا جاتا ہے تاکہ وہ



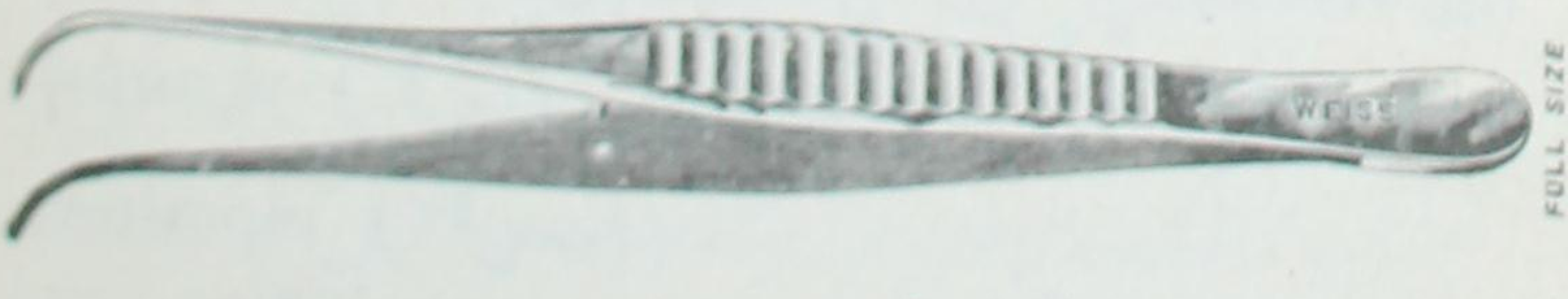
شکل ۱۸۵۔ لیانگ کا منظار العین (Lang's Eye Speculum)



شکل ۱۸۶۔ تثبیتی کُلّاب (Fixation Forceps)



شکل ۱۸۷۔ سکڑا گریفی چاقو (Narrow Graefe knife)



شکل ۱۸۸۔ خمیدہ قزحی کُلّاب (Curved Iris Forceps)

کوکین کے جذب ہونے میں اور امتلا کو کم کرنے میں ممد ہو۔ اگر

ہدبی اعصاب[1] کو مشلول کرنے کی غرض سے ۱ : ۱۰۰۰۰ طاقت کی ایڈرینالین میں تیار کئے ہوئے نووکین کے ۳ فیصد محلول کے ۲ مکعب سمر[2] کا محجر (چشم خانہ) کے اندر پچکاری سے گہرا اشراب کردیا جائے تو بہت سی امتلائی حالتوں میں بلا درد کے عملیہ کیا جاسکتا ہے۔ عصبانی (nervous) یا سرکش مریضوں کے لئے عمومی تخدیر (general anæsthesia) استعمال کرنا چاہئے۔

عملیہ سے پہلے اور عملیہ کے بعد بھی، عملیہ نہ کی ہوئی آنکھ میں ہمیشہ ایسیرین یا پائلو کارپین ٹپکا دیا جاتا ہے، کیونکہ ہمیں معلوم ہے کہ اس آنکھ میں بھی گلاکوما کی استعداد موجود ہے، اور بصورت دیگر خود عملیہ کی تشویش و ہیجان ہی سے حملۂ مرض شروع ہوجانے کا احتمال ہے۔

226

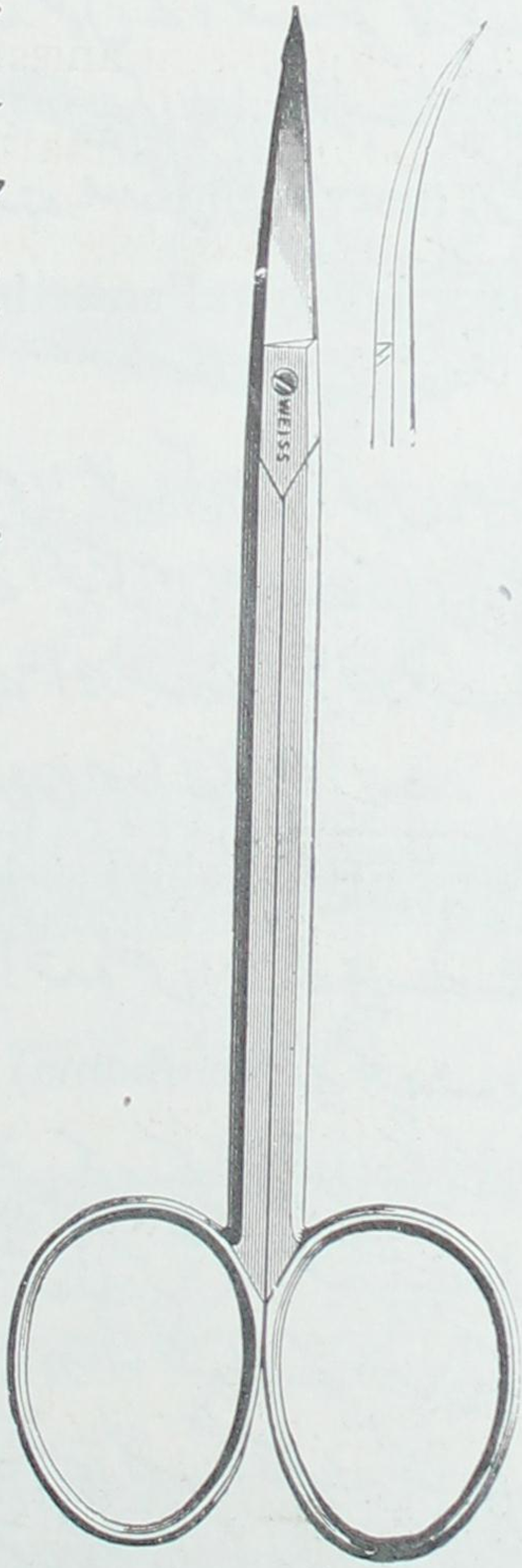
عملیہ۔ گلاکوما کے لئے قزحیہ برآری (iridectomy) عموماً اوپر کی طرف کی جاتی ہے، تاکہ عملیہ سے پیدا شدہ نقص اوپر کے پپوٹے سے ڈھک جائے، اور اس طرح اس شقاق (coloboma) کے تکلیف دہ بصری اثرات محدود رہیں۔ عامل مریض کے سر کے پیچھے کھڑا ہوکر منظار (speculum) داخل کرتا ہے۔ مریض کی جس آنکھ پر عملیہ کرنا ہے عامل اپنے اُسی جانب کے ہاتھ کے انگوٹھے اور دو اُنگلیوں کے درمیان ایک سکرڈ اگریفی چاقو پکڑ کر دوسرے ہاتھ سے تثبیتی کُلاب کو تھامے رکھتا ہے۔ اگر مریض عمومی تخدیر کے زیر اثر نہ ہو (بے ہوش نہ کیا گیا ہو) تو اُسے ذرا

---

[1] ciliary nerves

[2] 2 c. c. of 3 per cent solution of novocain in I : 10,000 adrenalin

نیچے دیکھنے کی ہدایت کی جاتی ہے۔ کُلّاب کی مدد سے ملتحمہ کو قرنیہ کے
حاشیہ سے عین نیچے مضبوط گرفت میں
لے لیا جاتا ہے۔ مگر کُلّاب پر ایک
ہلکا سا تناؤ رکھا جاتا ہے تاکہ کرہ چشم
پر دباؤ نہ پڑے اور آنکھ کا اندرونی
دباؤ بڑھنے نہ پائے۔ چاقو کو حدِ قرنیہ
(لمبس) سے ایک ملی میٹر پیچھے تقریباً
اُس کے زیریں $\frac{5}{6}$ اور بالائی $\frac{1}{6}$ کے
مقامِ اتصال پر داخل کر کے خزانہ مقدم
میں سے عرضاً گذار کر (اِس امر کی
بڑی احتیاط رکھتے ہوئے کہ قزحیہ یا
غلافِ عدسہ زخمی نہ ہونے پائے) مقابل
جانب پر حدِ قرنیہ سے ایک ملی میٹر
پیچھے ایک متناظر نقطہ پر باہر نکالا جاتا
ہے، اور پیش پسی حرکات
(to-and-fro movements)
کے ذریعہ اِس شگاف کو مکمل کر دیا جاتا
ہے۔ اس تراش کے اختتام کے
قریب چاقو کی دھار کو کسی قدر پیچھے
کو پھرا دینا مناسب ہے تاکہ دامن کے
راس (سرے) پر ملتحمہ کا ایک چھوٹا سا

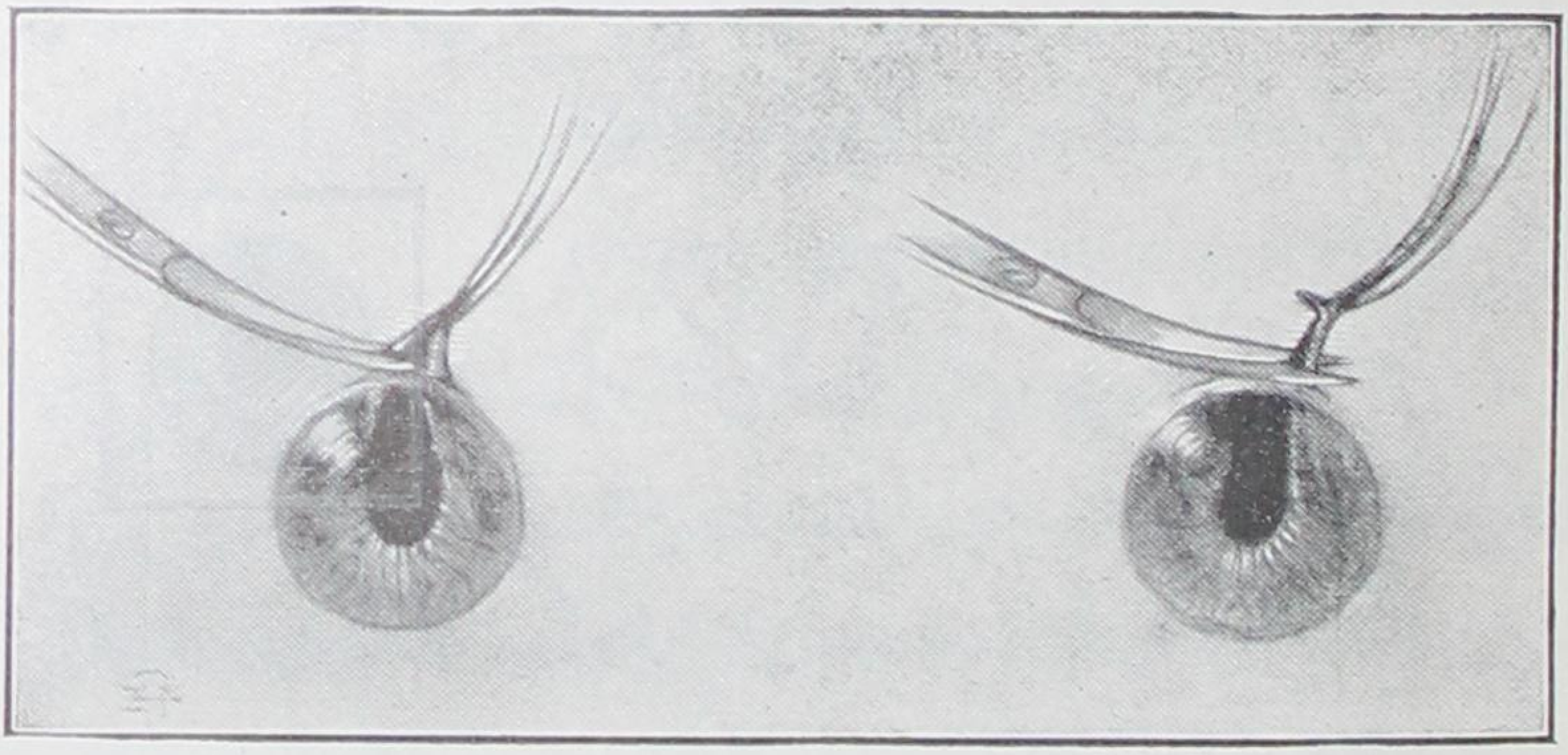


شکل ۱۸۹۔ خمیدہ قزحی قینچی۔
(Curved Iris Scissors)

لسان نما زائدہ (tongue of conjunctiva) حاصل ہو جائے جس سے زخم کے اندمال میں مدد ملتی ہے۔

227

اگر کوئی عمومی مخدر (general anæsthetic) استعمال کیا گیا ہے تو اب تثبیتی کُلّاب (fixation forceps) کو ایک مددگار تھام لیتا ہے ورنہ مریض کو ہدایت کی جاتی ہے کہ بدستور کسی قدر نیچے کو دیکھتا رہے اور تثبیتی کُلّاب کو الگ رکھدیا جاتا ہے۔ عامل بند کئے ہوئے قزحی کُلّاب



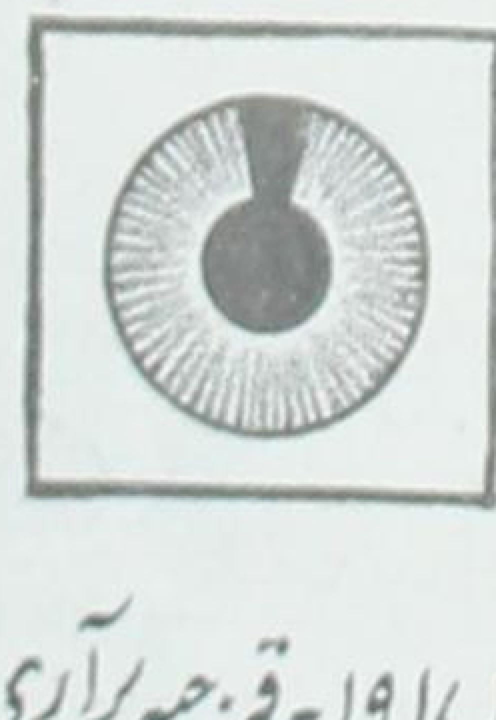
شکل ۱۹۰ - گلاکوما کے لئے قزحیہ برآری کے دوران میں قزحیہ کو قطع کرنے کا طریقہ

(Cutting the Iris in Iridectomy for Glaucoma)

(iris forceps) کو صلبیہ کے شگاف میں سے حدقی حاشیہ تک لیجاتا ہے اور وہاں کُلّاب کو کھولکر قزحیہ کے حدقی کنارے کو کُلّاب کی شاخوں (پھلوں) کے درمیان پکڑ کر، زخم (شگاف) کے ایک سرے پر قزحیہ کو (قینچی سے) نیم قطری رُخ میں قطع کر دیتا ہے (شکل ۱۹۰)۔ پھر قزحیہ کو اُس کے قاعدہ پر سے نوچ کر زخم (شگاف) کے دوسرے سرے تک لیجا کر وہاں اُسے قینچی

کاٹ دیا جاتا ہے ۔ قزحیہ کے اِس جُدا کیئے ہوئے ٹکڑے میں اُس کا پورا عرض مع اُس کی ہدبی پیوستگی (ciliary attachment) کے، شامل ہونا چاہیئے ۔ پہلے یہ تعلیم دی جاتی تھی کہ قزحیہ کے دائرہ کا کم از کم پانچواں حصہ نکال دینا چاہیئے، لیکن ایک متوسط درجہ کی قزحیہ برآری بھی بالکل اُسی قدر کارگر معلوم ہوتی ہے جس قدر کہ ایک عریض قزحیہ برآری ۔

مطلوبہ شقاق (coloboma) کو صفائی کے ساتھ کاٹنا چاہیئے، اور قزحیہ (آیرِس) کے حدقی کنارے کو اُس کی قدرتی وضع پر واپس لے آنا چاہیئے تاکہ ایک کلید روزنی حدقہ (keyhole-shaped pupil) (چابی کے چھید کی شکل کی پُتلی) پیدا ہوجائے (شکل ۱۹۱)۔ قزحی بافت کا کوئی حصّہ زخم میں نہ رہنے دیا جائے، کیونکہ اِس سے مابعد خراش اور پیچیدگیاں پیدا ہوجاتی ہیں ۔ قزحیہ کو اُس کی ٹھیک وضع پر بحال کرنے کے لئے زخم کو ایک مِلوَق (spatula) سے تھپکنا یا سہلا دینا چاہیئے، یا اگر اِس سے کامیابی نہ ہو تو ملوق کو شگاف کے اندر داخل کرکے زاویوں کو آزاد کردینا چاہیئے ۔



شکل ۱۹۱ ۔ قزحیہ برآری

(Iridectomy)

خزانہ مقدم کے اندر نزف (جریان خون) کا وقوع عام ہے ۔ یہ خون عموماً چند روز میں جذب ہوجاتا ہے ۔ اِس خون کو باہر نکالنے کے لئے حد سے زائد کوشش و کاوش کرنا خلافِ مصلحت ہے، کیونکہ نامناسب دباؤ سے عدسہ میں نزول الماء (موتیا بند) ہوجانے کا خدشہ ہے ۔

دونوں آنکھوں پر پٹی باندھ دی جاتی ہے، عملیہ کردہ آنکھ میں

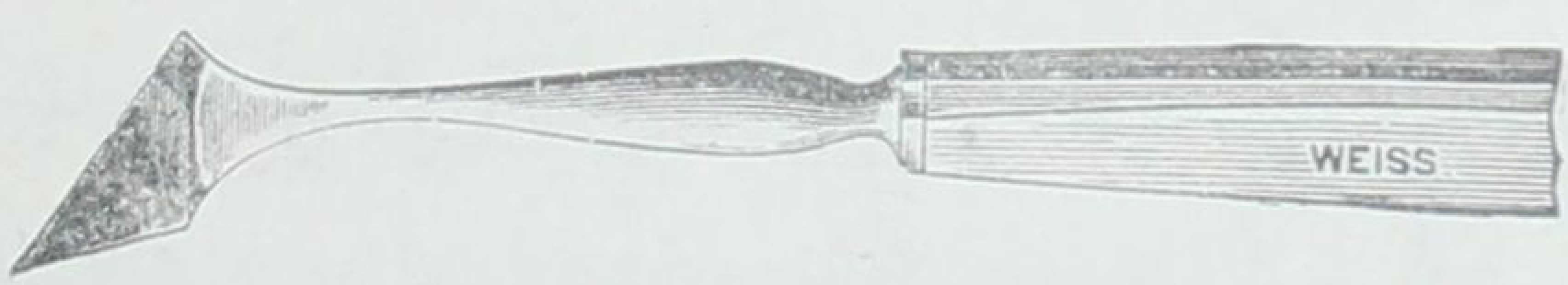
ایٹروپین اور دوسری آنکھ میں ایسیرین ٹپکائی جاتی ہے، اور مریض کو بستر پر لٹاکر خاموش رکھا جاتا ہے۔ دو روز کے بعد دوسری آنکھ کو جس پر علمیہ نہیں کیا گیا ہے کھلا چھوڑ سکتے ہیں۔ بیشتر مریضوں میں (علمیہ کے بعد) بلا کسی غیر معمولی حادثہ یا پیچیدگی کے صحت ہوجاتی ہے۔ بعض مریضوں میں خزانۂ مقدم کئی دن تک نہیں بنتا (مائیت سے پُر نہیں ہوتا)۔ بعض اوقات علمیہ کے بعد ایک ڈوبیرہ نما ندبہ (cystoid cicatrix) پیدا ہوجاتا ہے۔ اگرچہ یہ حالت اپنے خاص خطرات سے خالی نہیں لیکن اخراج سیّال کے لئے سہولت بخش ہوتی ہے، چنانچہ بعض جرّاح اسی غرض سے اس کو اپنا نصب العین قرار دیتے ہیں۔

قزحیہ برآری (Iridectomy) کے دوسرے داعیات[1]۔
(۱) گلاکوما کے علاوہ اس علمیہ کی ضرورت مندرجۂ ذیل حالتوں میں ہوسکتی ہے: (۲) مزمن اور متوالی التہابِ قزحیہ (chronic and recurrent iritis) اور التہابِ قزحیہ وجسمِ ہدبی (iridocyclitis) کی بعض حالتوں میں۔ (۳) مکمل دائری التصاقِ قزحیہ (complete circular synechia) میں۔ (۴) جزئی عنبۂ قرنیہ (partial corneal staphyloma) میں۔ (۵) قزحیہ کی رسولیوں اور اجسامِ غریبہ (foreign bodies) میں۔ (۶) تازہ خروجِ قزحیہ (prolapse of the iris) میں۔ (۷) علمیۂ تخریجِ نزول الماء (موتیابند نکالنے کے علمیہ) کے ایک جز کے طور پر۔ یہاں شتقاق (coloboma) بہ نسبت گلاکوما کے

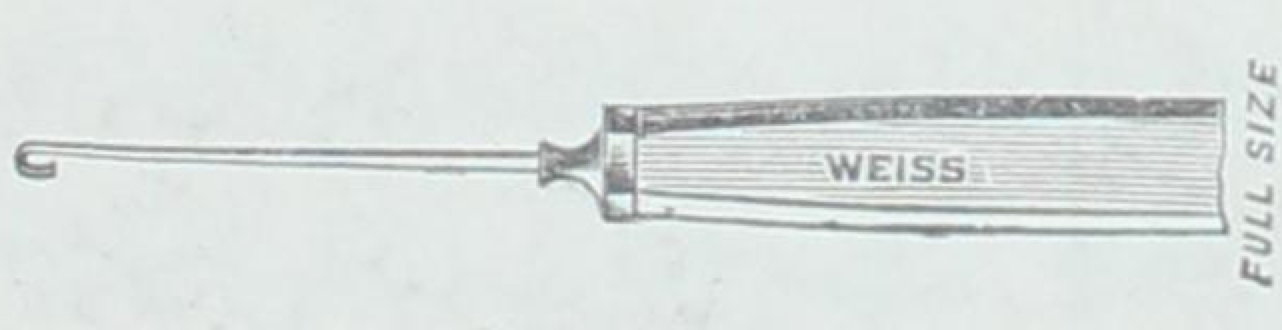
---

[1] indications

شقاق کے چھوٹا ہونا چاہیئے (شکل ۱۹۱)۔ (۸) بصارت کو بہتر بنانیکے لئے (مصنوعی پُتلی : artificial pupil، بصری قزحیہ برآری (optical iridectomy : ذیل کی حالتوں میں : قرنیہ اور عدسہ کے مرکزی غمامات (central opacities) میں، اور مسدودیٔ حدقہ (occlusion of the pupil)، اور مخروطی قرنیہ (keratoconus) کی حالتوں میں۔ باستثناء گلاکوما کی قزحیہ برآری کے (جس میں بہتر طریقہ یہ ہے کہ اندر سے



شکل ۱۹۲۔ قرنیہ تراش (Keratome)



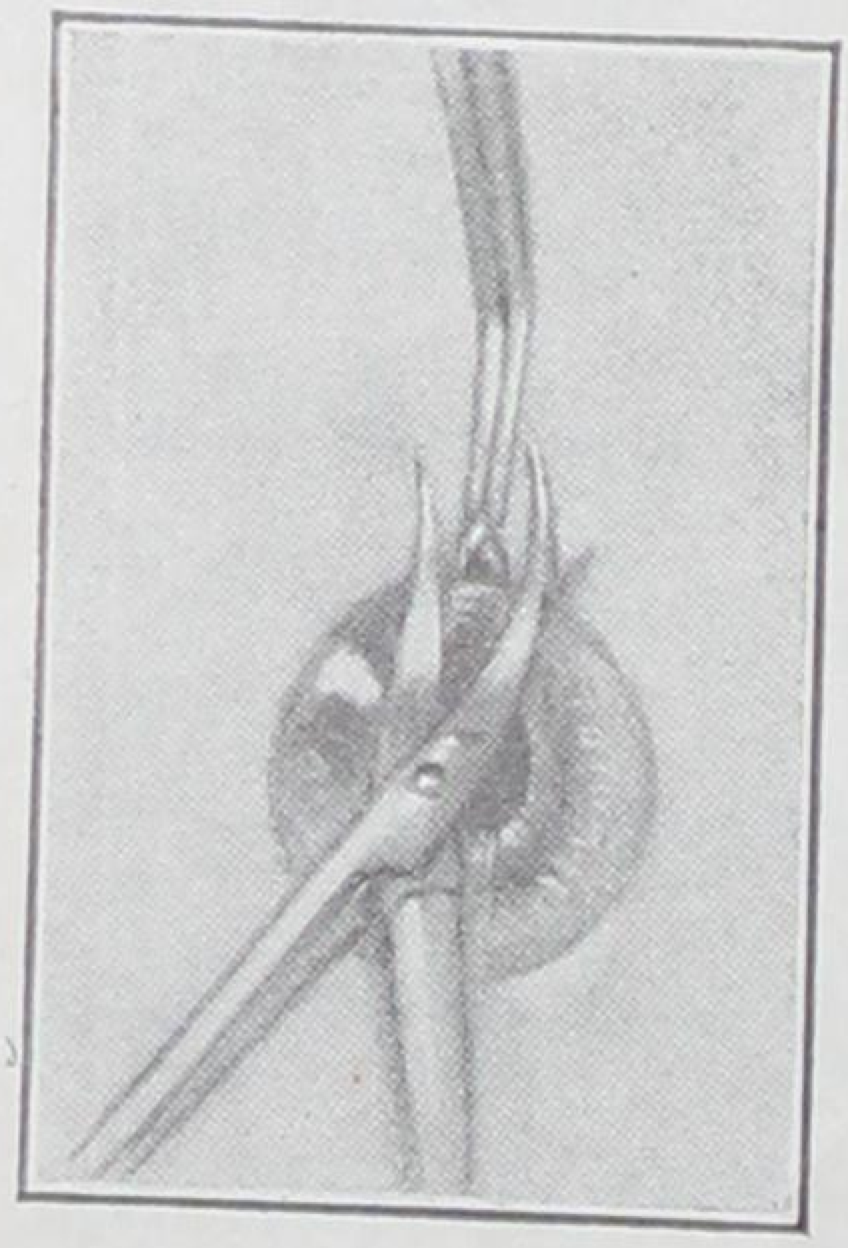
شکل ۱۹۳۔ کُند قزحیتی خطّاف (Blunt Iris Hook)

باہر کی طرف کاٹ کر قزحیہ کی جڑ کو منکشف کر دیا جائے)، ایک نیزک نما چاقو (lance-knife) (قرنیہ تراش : keratome) استعمال کرکے حدِّ قرنیہ (لمبَس) پر شگاف لگایا جاتا ہے، قزحیہ کی جڑ کو نہیں نوچا جاتا، اور قزحیہ کے اُس دُہراؤ کو جسے باہر کھینچا گیا ہے قزحی قینچی سے نیم قطری رُخ میں کاٹ دیا جاتا ہے۔

بصری قزحیہ برآری (optical iridectomy) انجام دینے میں یا تو ایک قرنیہ تراش (keratome) (شکل ۱۹۲) سے یا ایک

چوڑی سوئی' (broad needle) (شکل ۲۱۷) کے ذریعہ قرنیہ میں ایک چھوٹا شگاف (۴ تا ۵ ملی میٹر ناپ کا) دیا جاتا ہے' جو حدِ قرنیہ (لِمبَس) سے دو ملی میٹر فاصلہ پر ہوتا ہے۔ پھر خمیدہ قزحی کلاب (curved iris forceps) (شکل ۱۸۸) سے یا کُند خطّاف (blunt hook) (شکل ۱۹۳) کے ذریعہ قزحیہ (آیرِس) کو باہر کھینچکر اُس کے حدقی حصے کو کاٹ دیا جاتا ہے' اور شقاق (coloboma) کو جسقدر عملاً ممکن ہو چھوٹا

229



شکل ۱۹۴ ۔ غیر گلاکوماٹی قزحیہ برآری میں عملِ قطع و اخراجِ قزحیہ

(Excision of Iris in Non-Glaucoma Iridectomy)

بنایا جاتا ہے۔ مصنوعی پُتلی (artificial pupil) کے لئے بہترین مقام نیچے اور اندر کی طرف ہے' لیکن جب اس جگہ قرنیہ میں کوئی عتمیت (تکدّر) موجود ہو تو مصنوعی پُتلی ایسے مقام پر بنانا چاہیے جو قرنیہ کے شفاف ترین حصے کا متناظر ہو۔ بصری قزحیہ برآری کے اثرات اکثر یاس انگیز ہوتے ہیں۔ اسی واسطے عملیہ کرنے سے پہلے پُتلی کو پھیلا کر اور ایک تنگ جِھری دار تال (stenopeic slit) کو مختلف وضعوں میں لگا کر' یہ تحقیق کر لینا مناسب ہے کہ آیا اِن حالات کے تحت بصارت بہتر ہوتی ہے یا نہیں۔

ترشحی ندبہ بنانا (Formation of a Leaking Cicatrix)۔ جب گلاکوما کے علاج میں یہاں تک تاخیر ہو گئی ہو کہ قزحیہ

(آیرس) کے قاعدہ کی التہابی چسپیدگی کی وجہ سے زاویۂ قزحیہ مستقل طور پر مسدود اور محو ہو چکا ہو تو سادہ قزحیہ برآری (simple iridectomy) کے عملیہ سے شاذ ہی دیرپا فائدہ حاصل ہوتا ہے لیکن اگر شقاق (coloboma) کے عمودوں میں سے ایک عمود کا سقوط و خروج صلبیہ میں کے شگاف کے صحیح اندمال کو روک دے تو ایک ترشحی ندبہ (leaking cicatrix) پیدا ہو جاتا ہے، جس میں سے درون عینی سیال کی زائد مقدار باہر چھن کر ملتحمہ کے نیچے نکل آتی ہے، اس مقصد کو حاصل کرنے کے لئے بعض عملیات ایجاد کئے گئے ہیں، جن سے ندبہ کے اندر قزحیہ (آیرس) کے مشمول ہوئے بغیر مماثل نتیجہ حاصل ہوتا ہے۔

قرنیتی صلبیتی ترفان کاری (corneo-scleral trephining) وہ عملیہ ہے جو مزمن گلاکوما میں سب سے زیادہ عام طور پر کام میں لایا جاتا ہے، اور جس سے بہترین نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ عملیۂ لاگرانز (Lagrange's operation) اور عملیۂ ہربرٹ (Herbert's operation) متبادل عملیات ہیں۔ حال ہی میں، بالخصوص امریکہ میں، عملیاتِ شمولِ قزحیہ (iris inclusion operations) سے زیادہ کثرت کے ساتھ کام لیا گیا ہے، جن میں قزحیہ کا ایک چھوٹا کہنی نما دہراؤ (knuckle) صلبیہ کے زخم کے اندر مشمول کر دیا (پھنسا دیا) جاتا ہے۔

تخمیناً پچاس سال پہلے آرگائل رابرٹسن (Argyll Robertson) نے اور ازاں بعد دوسرے اصحاب نے گلاکوما کے لئے ترفان کاری (trephining) کے عملیہ سے کام لیا۔ لیکن یہ عملیہ جیسا کہ اب کیا جاتا ہے اس کو آر۔ ایچ۔ ایلیٹ (R. H. Elliot) نے مکمل کیا ہے۔

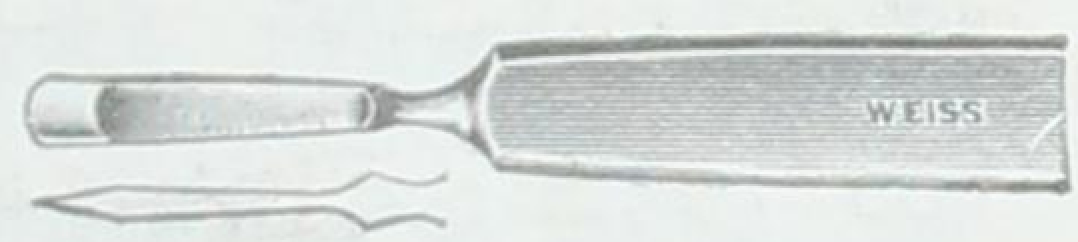
اس عملیہ کے لئے مطلوبہ آلات حسب ذیل ہیں: مکشاف (speculum)، تثبیتی کلابیب (fixation forceps)، قرحی کلابیب (iris forceps)، حولی قینچی (squint scissors)، ۱½ تا ۲ ملی میٹر قطر کا ترفان (trephine) (شکل ۱۹۷)، ٹک کا چاقو (Took's knife) (شکل ۱۹۶)، قرحی وضاع (iris repositor)، سوزن گیر (needle holder)، چھوٹی خمیدہ سوئی، اور ریشم۔

230

اکتیسویں باب میں بیان کی ہوئی تفصیل کے مطابق ہر چیز کو تیار کر لینے، آنکھ کو کوکین کے زیر اثر لانے، اور ملتحمہ کو ایڈرینالین کے ذریعہ بے رنگ (عدیم الدم) بنا لینے کے بعد مکشاف آنکھ میں لگا دیا جاتا ہے۔ مریض کو نیچے دیکھنے کی ہدایت کی جاتی ہے۔ قرنیہ کے حاشیہ سے تقریباً ½ انچ اوپر تثبیتی کلابیب کے ذریعہ ملتحمہ کو پکڑ لیا جاتا ہے۔ جیسا کہ شکل میں دکھلایا گیا ہے ایک بڑا سا دامن (flap) کاٹ کر اُس کی تقطیع (dissection) مرکز میں قرنیہ کے حاشیہ تک کی جاتی ہے۔ اس شگاف کے سِرے قرنیہ کے حاشیہ کے قریب تک ہرگز نہ پہنچیں، ورنہ ممکن ہے کہ ملتحمہ کے نیچے مائیہ کی ترشیح (رساؤ) میں مداخلت ہو جائے۔ علاوہ ازیں ترفانی سوراخ کے اوپر ایک آبلہ ('bleb') بنجانے کا رجحان زیادہ ہو جاتا ہے، اور اُس میں سے مائیہ اس قدر آسانی سے خارج نہیں ہوتا۔

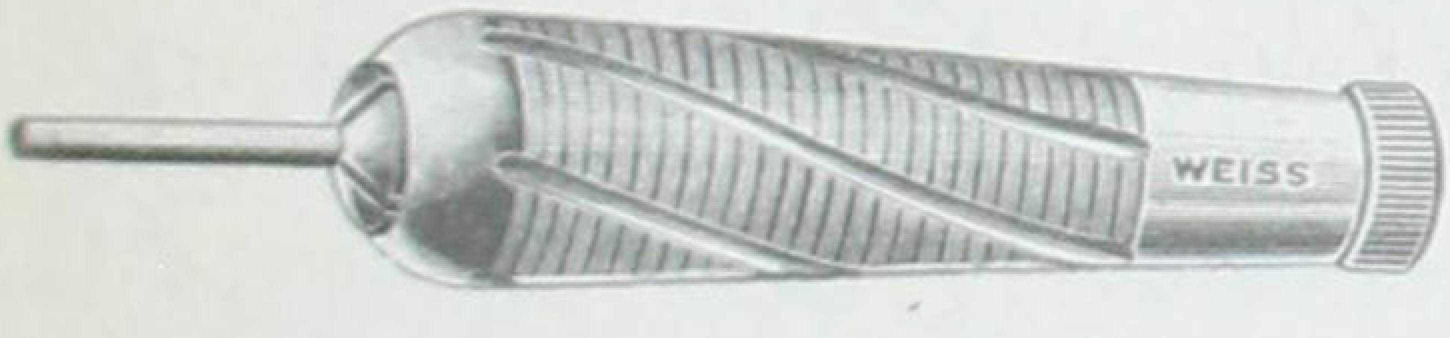
دامن کو قرنیہ پر اُلٹ کر اُسے بے دندانہ کلابیب (non-toothed forceps) سے پکڑ لیا جائے۔ قینچی کے ذریعہ بافت کی تقطیع کرکے اُسے قرنیہ کے قُرب و جوار میں صلبیہ سے چھڑا کر ٹک کے چاقو سے شگاف کو

اُفقاً قرنیہ کے اندر لیجا کر اُسے دو ملی میٹر تک چیر دیا جائے۔ سطحی ورقات (laminæ) کو دامن کے ساتھ پیچھے اُلٹ دیا جائے۔ پھر ترفان کو اسطرح



شکل ۱۹۵۔ ٹوک کا چاقو

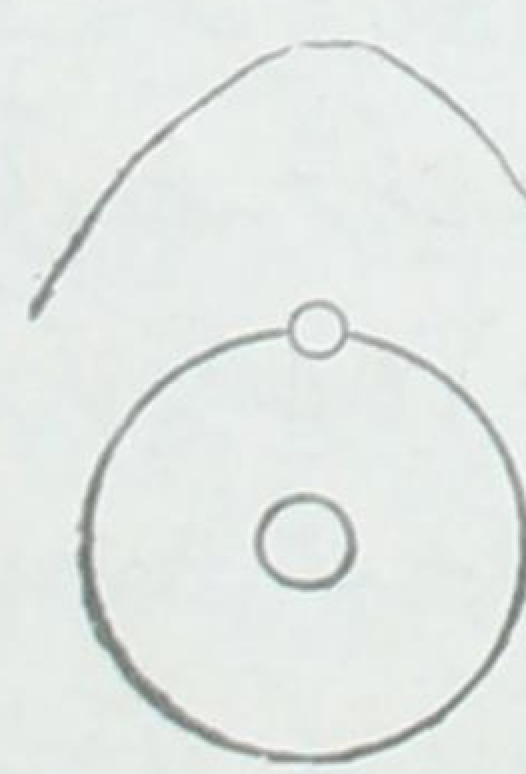
(Took's Knife)



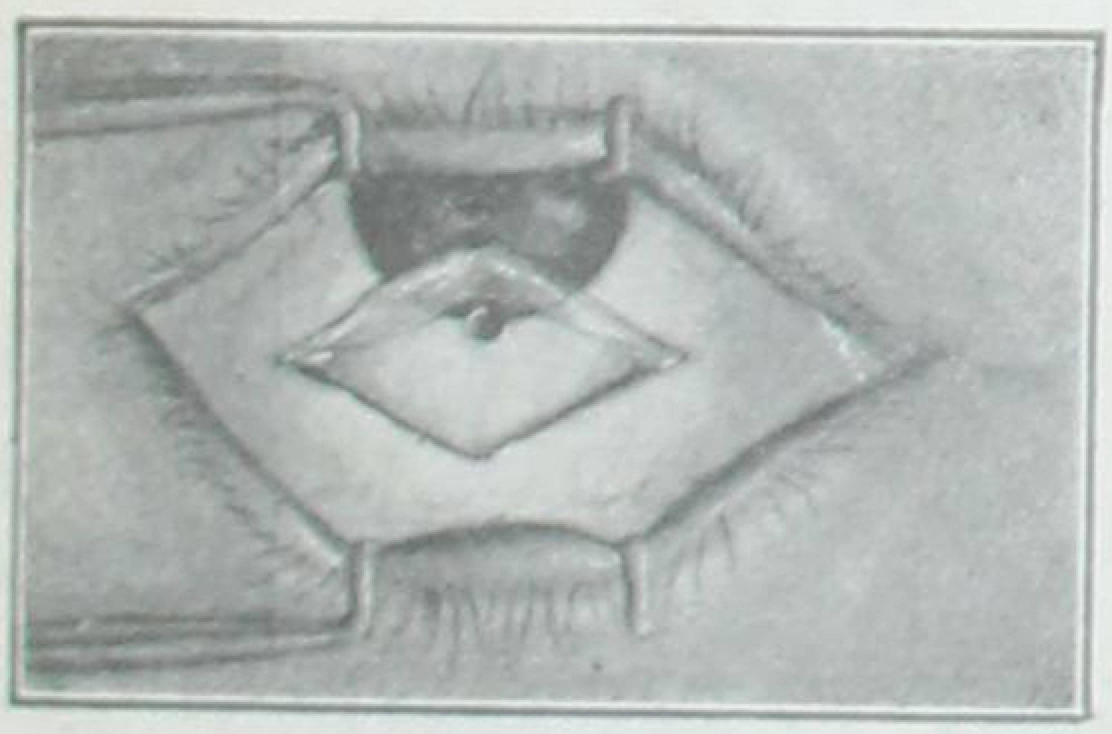
شکل ۱۹۶۔ ایلیٹ کا ترفان

(Elliot's Trephine)

لگا کر کہ اُس کا مرکز قرنیتی صلبیتی اتصال پر رہے، ہلکے دباؤ کے ساتھ چند



شکل ۱۹۷۔

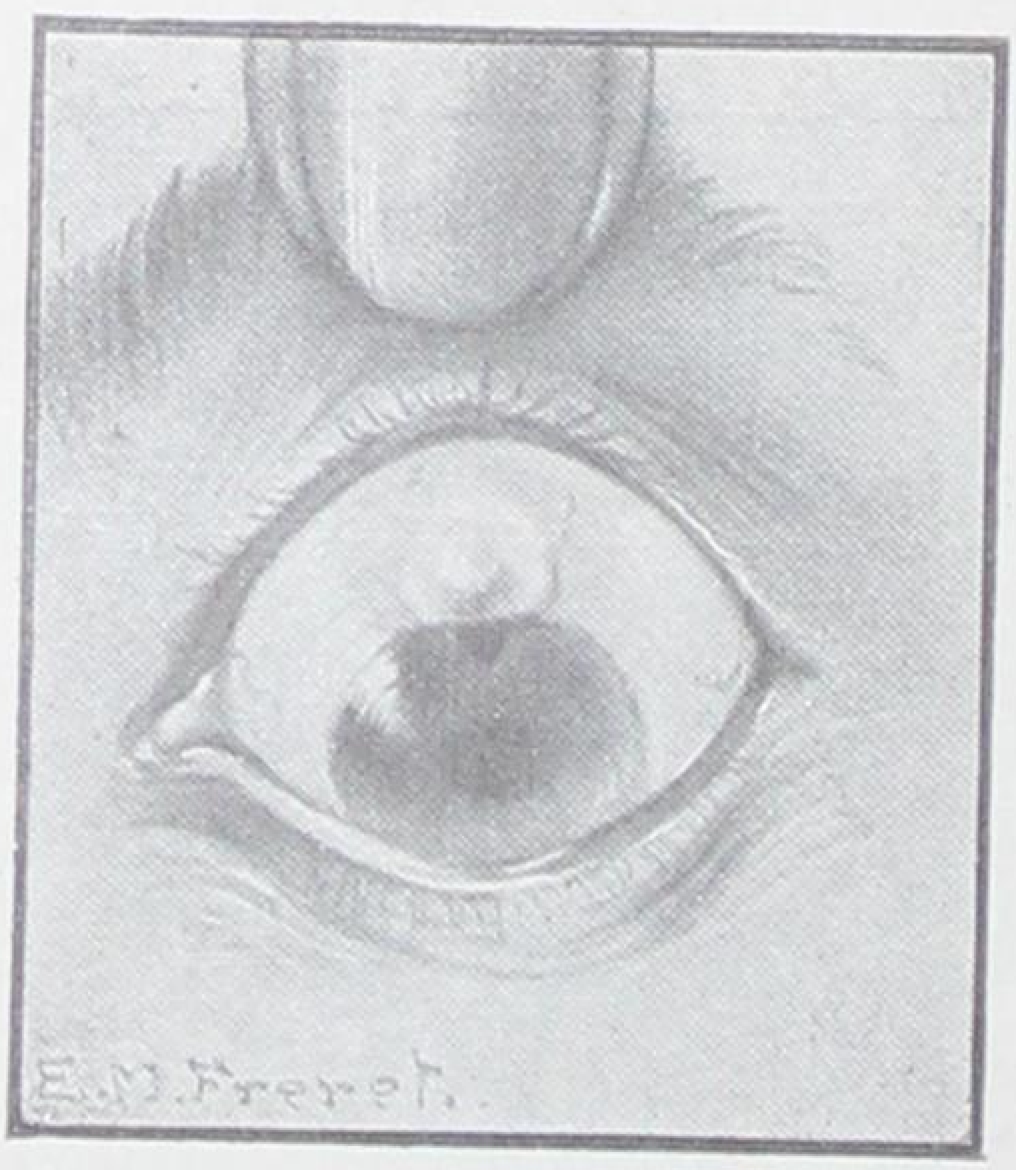


شکل ۱۹۸۔ ایلیٹ کا عملیہ کلاکوما کے لئے۔

نیم تدویری حرکات سے قرص کاٹ لیا جائے۔ اس عمل میں ہمیں ترفان طبقۂ چشم ہیں سے جاتا ہوا محسوس ہوگا، مریض عموماً ایک تیز لیکن کم شدید درد محسوس کریگا، مائیہ خارج ہوگا، اور پُتلی زخم کی طرف ہٹ آئیگی۔ قرص عموماً ایک قبضہ (hinge) کے ذریعہ ایک جانب پر چپکا رہتا ہے اور فتحہ (سوراخ) ہیں قرنیہ کا ایک کہنی نما دھراؤ (knuckle) نمودار ہوتا ہے۔ قرص اور قرنیہ کی کہنی، دونوں کو قرحی کلابیب سے پکڑ کر قرحی قینچی سے کاٹ ڈالا

231

جائے۔ قزحیہ برآری (iridectomy) سے ایک چھوٹا محیطی سوراخ بنتا ہے۔
اب دامن کو زخم پر واپس رکھکر اُس کے راس کو ایک باریک ٹانکے سے سی کر محفوظ کر دیا جاتا ہے۔ بکشاف کو نکالتے وقت پلکوں کو پکڑ کر اوپر کے پپوٹے کو زخم پر سے اُٹھا ہوا رکھکر نیچے لانا چاہیئے۔ دوران عملیہ میں شروع سے آخر تک اِس امر کی نہایت احتیاط رکھنی چاہیئے کہ دامن میں کاج نما سوراخ (button-holing) نہ ہونے پائے۔

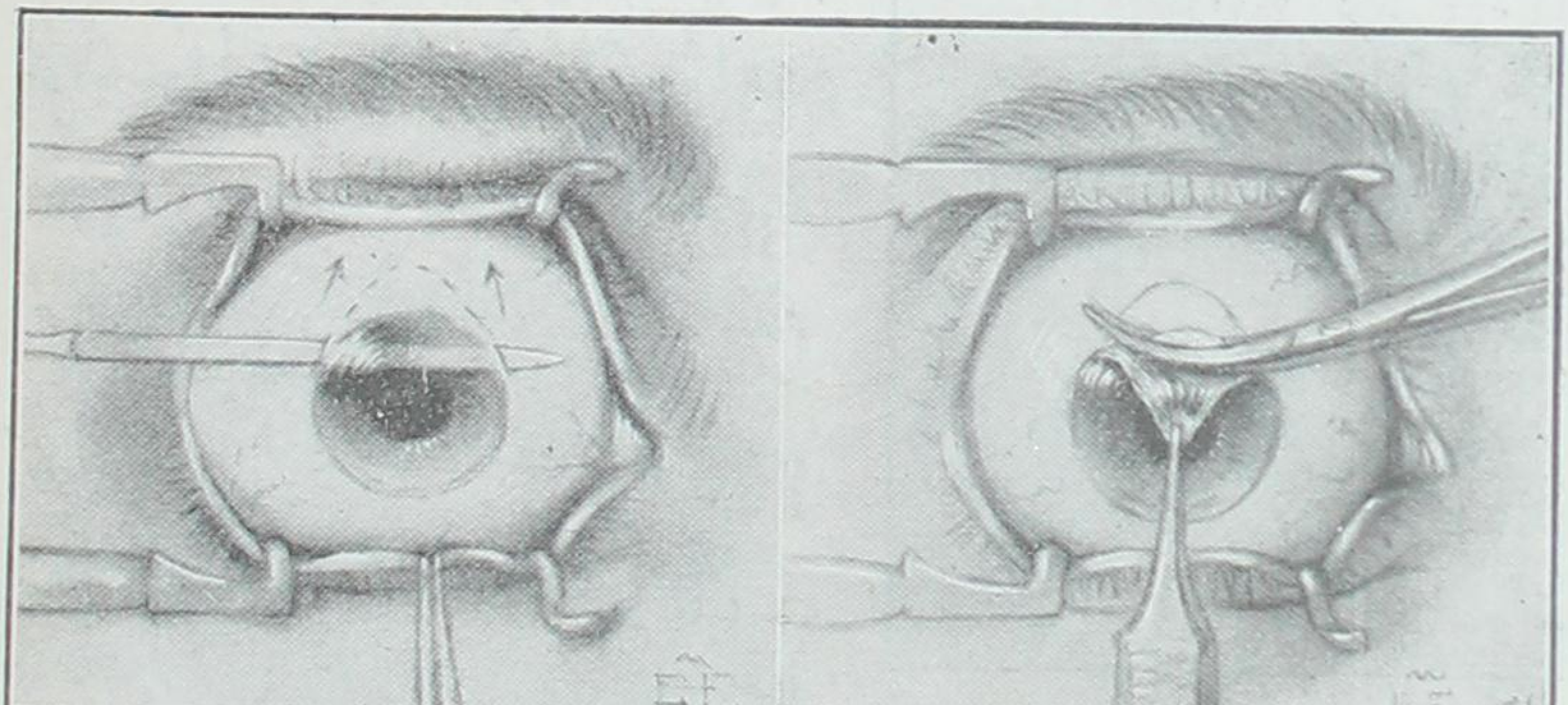


شکل ۱۹۹- ایلیٹ کے ترفانی عملیہ کے بعد آبلہ -

عملیہ کے بعد عقیم لائکر ایٹروپین کا ایک قطرہ ضرور ٹپکا دیا جائے، اور اسی طرح سات تا دس روز تک روزانہ ٹپکاتے رہیں، یہاں تک کہ خزانۂ مقدم پُر ہوکر پھر بنجائے اور التہاب قزحیہ (iritis)، جو اکثر پیچیدگی کے طور پر لاحق ہو جاتا ہے، اُس کے پیدا ہونیکا کوئی خطرہ باقی نہ رہے۔ کبھی کبھی ترفانی عملیہ کے بعد انفصال مشیمیہ (detachment of the choroid) واقع ہوجاتا ہے اور ایسی حالت میں خزانۂ مقدم کی باز پُری بہت آہستہ آہستہ ہوتی ہے۔ لیکن بستر میں مزید آرام لینے اور ایٹروپین کے زیادہ طویل استعمال سے یہ پیچیدگی تقریباً دو ہفتوں میں رفع ہو جاتی ہے، اور بالآخر کوئی نقصان نہیں پہنچتا۔

عملیۂ لاگرانز (Lagrange's Operation) (صلبیہ برآری)

Sclerectomy : مع قزحیہ برآری (Iridectomy : -حدِ قرنیہ
(لِمبس) سے ایک ملی میٹر فاصلہ پر، زاویۂ قزحیہ کے مقابل، ایک سکڑے
گریفی چاقو کے ذریعہ صلبیہ میں ایک شگاف دیا جاتا ہے، اور ایک متناظر
نقطہ پر، ۷ ملی میٹر فاصلہ سے ایک وَخز متقابل (counter puncture)
عمل میں لایا جاتا ہے۔ تراش کے اختتام کے قریب چاقو کی دھار کا رُخ
پیچھے کی طرف کر دیا جاتا ہے تاکہ صلبیہ کی تراش سلامی دار (bevelled)



شکل ۲۰۰۔ عملیۂ لاگرانژ (Lagrange's Operation)

ہو، پھر تراش کو جاری رکھ کر ۵ ملی میٹر ناپ کا ملتحمی دامن (conjunctival
flap) بنالیا جاتا ہے۔ پھر ملتحمہ کے نیچے کے صلبیہ کے مثلث ٹکڑے کے
راس کو خمیدہ قینچی سے کتر دیا جاتا ہے۔

عملیۂ ہربرٹ اور دامنی صلبیہ شگافی (Herbert's Operation and Flap-Sclerotomy) ۔ایک قرنیہ تراش
(keratome) کو خزانۂ مقدم کے اندر گذارا جاتا ہے، یا تو ملتحمہ کے

نیچے سے (Herbert)، یا ایک ملتحمی دامن (conjunctival flap) اُلٹ دینے کے بعد۔ شگاف حدِ قرنیہ (ملبس) سے ۲ ملی میٹر پیچھے ہوتا ہے۔ شگاف کے ایک سرے پر صلبیہ کے اندر ایک کرنی نما چاقو (trowel knife) گذار کر باہر کی طرف جاتے ہوئے حدِ قرنیہ تک کاٹ دیا جاتا ہے قرنیہ تراش کے شگاف کے دوسرے سرے پر بھی بالکل اسی طرح کاٹ دیا جاتا ہے۔ اسطرح صلبیہ میں ایک چھوٹا قائم الزوایا دامن (rectangular flap) کٹ کر تیار ہو جاتا ہے، جس کا قبضہ (hinge) قرنیہ کی جانب کو ہوتا ہے۔

اِطناب قزحیہ (Iridotasis) کے عملیہ میں ملتحمی دامن کو نیچے اُلٹ دینے کے بعد، قزحیہ کے حدقی حاشیہ کے ایک چھوٹے کہنی نما دُہراؤ کو ایک چھوٹے قرنیہ تراشی شگاف (keratome incision) کے اندر جو حدِ قرنیہ کے بالکل پیچھے کیا جاتا ہے، اوپر کو کھینچ لیا جاتا ہے۔ یہ عملیہ برطانیہ کی نسبت امریکہ میں زیادہ کیا جاتا ہے۔

رِق پاشیدگی ہدبیہ (Cyclodialysis) کے عملیہ میں جسم ہدبی (ہدبیہ) کے ایک حصہ کو اُس کے اوپر کے صلبیہ سے جُدا کر دیا جاتا ہے، اور رباطِ مشطی (pectinate ligament) میں سے توڑتے ہوئے محیطِ قزحیہ کو جزءً علیحدہ کر دیا جاتا ہے۔ یہ ایک وضّاع (repositor) کے ذریعہ کیا جاتا ہے، یا حدِ قرنیہ سے ۷ ملی میٹر پیچھے ایک چھوٹا صلبیتی شگاف (scleral incision) دیکر اُس میں سے ایک خاص قسم کا اوزار داخل کر کے۔ یہ طریقۂ عمل اُس وقت کام میں لایا جاسکتا ہے جبکہ دوسرے عملیات ناکام ہوں، لیکن اِسے عموماً دوسرے عملیات کا اوّلی بدل

یا قائم مقام نہیں سمجھا جاتا ہے۔

صلبیہ شگافی (Sclerotomy) بعض اوقات گلاکوما میں عارضی آرام حاصل کرنے کی غرض سے عمل میں لائی جاتی ہے۔ صلبیہ میں شگاف یا تو قزحیہ (آیرس) کے سامنے دیا جاتا ہے (مقدم صلبیہ شگافی anterior sclerotomy :)، یا جسمِ ہدبی (سیلیری باڈی) کے پیچھے (مؤخر صلبیہ شگافی : posterior sclerotomy)۔

مقدم صلبیہ شگافی (Anterior Sclerotomy) میں گریفی چاقو سے حدِ قرنیہ (لمبس) سے ایک ملی میٹر پیچھے ویسا ہی شگاف دیا جاتا ہے جیسا کہ قزحیہ برآری (iridectomy) میں، لیکن درمیانی ثلث کو بغیر شگاف دئے چھوڑ دیا جاتا ہے، اور یہ صلبیہ اور قرنیہ کے درمیان ایک اتصالی پُل بن جاتا ہے۔

مؤخر صلبیہ شگافی (Posterior Sclerotomy) میں گریفی چاقو سے یا ایک چھوٹے ترفان کے ذریعہ ایک شگاف صلبیہ میں سے ہوکر زجاجیہ (vitreous) تک دیا جاتا ہے۔ اس کے لئے عموماً خارجی اور تحتانی عضلاتِ مستقیمہ (external and inferior recti muscles) کے درمیانی مقام کو منتخب کیا جاتا ہے۔ شگاف قرنیہ سے ۷ ملی میٹر سے زائد قریب نہ آنے پائے تاکہ جسمِ ہدبی (سیلیری باڈی) خطرہ سے بچا رہے۔ چونکہ یہ فتحہ زجاجیہ سے مسدود ہو جاتا ہے، لہذا اس عملیہ سے تناؤ سے عارضی نجات بھی شاذ ہی حاصل ہوتی ہے۔

گلاکوما کے عملیات کے نتائج ۔ گلاکوما میں تقطیری ندبہ کے عملیات (filtering scar operations) تناؤ کو کس طرح کم کر دیتے ہیں،

233

یہ ایک واضح اور صاف امر ہے (جو بآسانی سمجھ میں آسکتا ہے)، لیکن ابتک معیّن طور پر معلوم نہیں ہوا ہے کہ قزحیہ برآری (iridectomy) کے عملیہ سے گلاکوما میں کیونکر اور کس طریقہ سے آرام حاصل ہوتا ہے۔ (بہرحال یہ تو ایک مسلمہ حقیقت ہے کہ) عملیہ جسقدر جلد کیا جاتا ہے بصارت اُسیقدر زیادہ محفوظ رہتی ہے۔ اسی واسطے قرینِ مصلحت یہ ہے کہ عملیہ جسقدر جلد ممکن ہو کردیا جائے۔ اُس کے کرنے کا بہترین زمانہ درجہ منذرہ (prodromal stage) کے دوران میں، حملوں کے درمیانی وقفہ میں ہوتا ہے۔ التہابی حالتوں میں، حاد گلاکوما کے درجہ میں عملیہ نہایت مشکل ہوتا ہے، کیونکہ اس زمانہ میں شدید امتلا (congestion) ہوتا ہے اور خزانۂ مقدم کی گہرائی بھی کم ہوتی ہے۔ اِن حالات میں تناؤ کو کم کرنے اور خزانۂ مقدم کی گہرائی کو زیادہ کرنے کے لئے مناسب یہ ہے کہ گرم تغسیل (hot bathing) عمل میں لائی جائے اور چند گھنٹوں تک آدھے آدھے گھنٹے کے فاصلہ سے ایسیرین استعمال کیا جائے، اور پھر عملیہ کیا جائے۔ لیکن اگر یہ تدابیر جلد اثر نہ کریں تو پھر بلا تاخیر مزید عملیہ ہی کردینا چاہیے۔

قزحیہ برآری کے سب سے زیادہ امید افزا اور موافق نتائج حاد التہابی گلاکوما (acute inflammatory glaucoma) کی حالت میں دیکھنے میں آتے ہیں۔ ایسی حالتوں میں درد اور التہابی علامات میں فوری تخفیف ہوجاتی ہے، اور بصارت اُس درجہ تک بحال ہوجاتی ہے جس درجہ تک وہ حملۂ مرض کے شروع ہونے سے پہلے موجود تھی۔ مزید برآں یہ نتائج عموماً دیرپا ہوتے ہیں۔ اگر حاد حملے سے پہلے مزمن گلاکوما موجود رہا ہے،

تو ممکن ہے کہ قرحیہ برآری کے اثرات محض عارضی ثابت ہوں۔ ایسی صورت میں صلبیتی ترفان کاری (scleral trephining) عمل میں لانا چاہیئے لیکن اگر امتلا زیادہ موجود ہو تو عملیہ لاگرانز (Lagrange's operation) یا ہربرٹ کی صلبیہ شگافی (Herbert's sclerotomy) عمل میں لانا نسبتہً زیادہ آسان ہے۔

مزمن التہابی گلاکوما (chronic inflammatory glaucoma) میں قرحیہ برآری کے نتائج امید افزا اور موافق ہو سکتے ہیں، لیکن وہ ایسے شاندار نہیں ہوتے جیسے کہ حاد حالتوں میں۔ اس عملیہ سے التہابی علامات میں تخفیف اور درد میں تسکین ہو جاتی ہے اور وسائط (media) پھر صاف ہو جاتے ہیں لیکن چونکہ مرض قرص اور عصب بصری میں پہلے ہی سے مستقل تغیرات پیدا کر چکا ہے، لہذا بصارت کی بحالی محدود ہوتی ہے۔ اسی واسطے ایسی حالتوں میں ہمارا مقصد یہ ہوتا ہے کہ تقطیری ندبہ (filtering scar) پیدا کرنے والے عملیات میں سے کوئی عملیہ کر دیا جائے۔ اگرچہ عملیات سے مرض کی ترقی اکثر و بیشتر رک جاتی ہے، مگر موافق حالتوں میں بھی موجودہ نقص وظیفہ باقی رہ جاتا ہے۔ قرحیہ برآری کے بعد بھی ممکن ہے کہ وہ مبہم ماسکیت (astigmatism) جو شگاف کی وجہ سے پیدا ہو گئی ہے، بصارت میں کسیقدر کمی پیدا کر دے۔ تمام عملیوں کے ساتھ (گو قرحیہ برآری کی نسبت ترفان کاری میں ایسا کم ہوتا ہے) بعض اوقات مختلف عرصہ کے بعد تناؤ بڑھ جاتا ہے اور دوبارہ عملیہ کرنے کی ضرورت پیش آتی ہے۔ مریضوں کی کچھ تعداد میں باوجود تمام عملیاتی مداخلت کے بصارت میں ترقی پذیر انحطاط واقع ہوتا ہے۔

234

سادہ گلاکوما میں بعض حالتوں میں، قابض حدقہ ادویہ (miotics) سے مرض رُکا رہتا ہے، مگر بیشتر حالتوں میں جیسے ہی کہ استبصاری میدان میں کمی کی کوئی ترقی پذیر امارت ظاہر ہو عملیہ کی ضرورت ہوتی ہے۔ مریض جسقدر زیادہ کم عمر ہے اُسی قدر عملیہ کی ضرورت زیادہ یقینی ہوگی۔ عملیہ کے نتائج امتلائی حالتوں کی نسبت کم نمایاں اور کم مستقل ہوتے ہیں، لیکن بہت سی حالتوں میں مرض کی ترقی رُک جاتی ہے۔ نسبتہً کم خوش نصیب مریضوں میں نتائج عارضی ہوتے ہیں اور یہی طریق کار (عملیہ) مکرّر اختیار کرنا پڑتا ہے۔ بعض مریضوں میں مرض ترقی کرتا رہتا ہے حتیٰ کہ نابینائی واقع ہوجاتی ہے۔

ثانوی گلاکوما (Secondary Glaucoma) کا نام اُن اصابات کو دیا گیا ہے جن میں تناؤ کی زیادتی اور گلاکوما کے دوسرے علامات کسی دوسرے عینی مرض یا چوٹ کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہوجاتے ہیں۔ اِس کا سبب تقطیری زاویہ (filtration angle) کی مسدودی ہے، جو التہاب کے لزج حاصلات سے، یا رباطِ مشطی (pectinate ligament) کے مقابل متورم اور ممتلی قزحیہ اور جسمِ ہدبی کے ازدحام (crowding) سے یا رسولی اور ارتشاح (exudation) وغیرہ کی وجہ سے آنکھ کے اندر دباؤ کی زیادتی سے، یا تکوینی جماؤ کے تعضیہ (organization) کے باعث فائبرین کے بنجانے اور قزحیہ کے محیط اور صلبیتی قرنیتی فضا کے درمیان چپکاؤ پیدا کردینے کی وجہ سے واقع ہوجاتی ہے۔ ایسی حالت میں سریری منظر اُس مرض کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے، جس میں یہ گلاکوما ایک پیچیدگی کے طور پر پیدا ہوجاتا ہے۔ اگر اِس حالت کا تدارک نہ کیا جائے تو نتائج

وہی ہوتے ہیں جو اوّلی گلاکوما (primary glaucoma) میں ہوتے ہیں۔

ثانوی گلاکوما کے بعد جو عینی عوارض اکثر و بیشتر پیدا ہو جاتے ہیں وہ حسب ذیل ہیں: قرنیہ کے قرحے (ulcers) یا زخم جن کے ساتھ سقوط و خروج قزحیہ (prolapse of iris) واقع ہو جاتا ہے، ندبات قرنیہ (corneal cicatrices) اور عنبات (staphylomata) مع انحباس قزحیہ (incarceration of the iris)، التہاب قزحیہ جسم ہدبی (iridocyclitis)، التہاب عنبیہ (uveitis)، التہاب مشیمیہ (choroiditis) اور اعلیٰ درجہ کا قصر البصر (myopia)، کلّی مؤخر (حلقہ دار) التصاق قزحیہ (total posterior, ring, synechia)، انخلاع عدسہ (dislocation of the lens)، ضربی نزول الماء (traumatic cataract) (ورم عدسہ)، عملیات تخریج (extraction) اور ثانوی نزول الماء کا قطع تابیری (discission)، تابیر عدسہ (needling of the lens)، دروں عینی سلعات، اور آنکھ کے اندر اجسام غریبہ۔ شریانی صلابت (arterio-sclerosis) رکھنے والے معمر اشخاص میں ثانوی گلاکوما کی ایک قسم دیکھنے میں آتی ہے، جس میں شبکیہ کے نزفات پائے جاتے ہیں۔ ایسے نزفی گلاکوما (hæmorrhagic glaucoma) کہتے ہیں۔

علاج کا انحصار اوّلی مرض پر ہوتا ہے۔ اگر ممکن ہو تو ہم سبب مرض کے ازالہ کی کوشش کرتے ہیں۔ نزفی گلاکوما میں علاج کا کوئی امید افزا اثر نہیں ظاہر ہوتا۔ قزحیہ برآری (iridectomy)

235

کے بعد ممکن ہے کہ علامات میں زیادتی ہو جائے۔ دوسرے علاجات جو گلاکوما میں استعمال کیئے جاتے ہیں، آزمائے جا سکتے ہیں، لیکن ان سے عموماً کوئی فائدہ نہیں ہوتا۔

پیدائشی گلاکوما (Congenital Glaucoma) (استسقاء العین اوائل الطفلی 'hydrophthalmos: گاؤ چشمی : buphthalmos) کا مرض ہے، جو پیدائشی ہوتا ہے یا شیر خواری کے زمانہ میں پیدا ہو جاتا ہے، اور عموماً دونوں آنکھوں کو ماؤف کر دیتا ہے۔ درون عینی دباؤ میں زیادتی ہو جاتی ہے، اور چونکہ زندگی کے اس زمانہ میں صلبیہ ملائم ہوتا ہے اور بہ آسانی دَب سکتا ہے لہذا دباؤ کی اس زیادتی سے آنکھ کی نمایاں کلانی پیدا ہو جاتی ہے۔ قرنیہ کلانی یافتہ اور باہر کو اُبھرا ہوا ہوتا ہے اور صاف یا مکدر رہتا ہے۔ خزانہ مقدم نہایت گہرا ہوتا ہے۔ پُتلی پھیلی ہوئی، اور قزحیہ مذبول اور مُرتعش (لرزاں) ہوتا ہے۔ صُلبیہ پتلا پڑ جاتا ہے اور اُس کے اندر سے عنبیہ (uvea) کا رنگ نظر آنے کی وجہ سے نیلگوں دکھائی دیتا ہے۔ قرص میں گہرا اکتھاف (گڑھا) ہوتا ہے۔ مرض کی رفتار سست ہوتی ہے۔ گو بعض حالتوں میں مرض خود بخود رُک جاتا ہے اور بصارت معتدل طور پر اچھی باقی رہتی ہے، لیکن عام طور پر یہی ہوتا ہے کہ مریض نابینا ہو جاتا ہے۔ اسی واسطے انذار (prognosis) ناموافق ہوتا ہے۔ چونکہ بعض حالتوں میں قرنیتی صلبیتی ترفان کاری (corneo-scleral trephining) سے اور ساتھ ہی قابض حدقہ ادویہ (miotics) کے استعمال سے فائدہ پہنچتا ہے، لہذا ان تدابیر کو اختیار کرنا چاہیے۔

صحت نامہ

صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۸۴	۱۱	Sudluxation	Subluxation
۱۸۹	شکل ۱۰۴	(d)3	(d) د
۲۱۳	۷	معممہ	ملتحمہ
۲۱۳	۸	بارَمَدِ سوزاکی	یارَمَدِ سوزاکی
۲۴۲	۲۰	(fluted rollcrs)	(fluted rollers)
۲۴۶	۱۱	چیساندہ	چسپاندہ
۲۶۶	۱۳	منتارک	منتارک
۲۶۸	۱۵	سرعلی	سرحلی
۲۸۱	۱۴	ورخفیف	اورخفیف
۲۸۸	حاشیہ	bandege	bandage
۳۶۹	۶	ACCUTE	ACUTE
۳۷۵	۱۶	contraindiication	contraindication
۴۰۵	۶	میسمیہ	مشیمیہ
۴۴۵	شکل ۱۹۰	Glaucomo	Glaucoma
اشاریہ			
۴	۳	قنطی	قطنی
۵	۲۸	کریۂ چشم	کرۂ چشم
۲۳	۷	ترقیح الجفن،	ترقیع الجفن،
۳۰	۲۳	سطع ساغری،	سطح ساغری،

اشاریہ

امراض چشم

جلد اول